L'UNION MÉDICALE

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.



L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

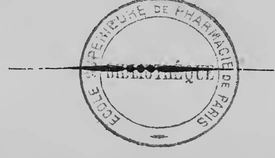
DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.
Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur EUGÈNE ROCHARD,
Chirurgien des hôpitaux

TROISIÈME SÉRIE

TOME CINQUANTE-HUITIÈME



PARIS,
OCTAVE DOIN, EDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON

ANNÉE 1894

Sommaire

I. Jules Rochard : Hygiène. — II. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux; Société de biologie. — III. Formulaire. — IV. Bibliothèque. — V. Courrier.

HYGIÈNE

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses

Nous n'avions pas l'intention de revenir sur la loi du 30 novembre 1892 et sur son article 15, avant l'époque où le projet de loi sur la protection de la santé publique sera soumis à la discussion des Chambres ; mais il s'est produit successivement deux incidents qui ne nous permettent pas d'attendre jusque là. Le premier est l'appel fait au corps médical par la Société de médecine de Paris ; le second est la décision prise par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, au sujet de la statistique des maladies soumises à la déclaration. Nous avons fait connaître cette décision dans l'*Union médicale* du 26 juin, en prenant l'engagement d'y revenir; mais nous attendrons pour cela que la mesure ait reçu un commencement d'exécution et nous ne nous occuperons aujourd'hui que du rapport de la Société de médecine de Paris.

Cette Société est la doyenne des Compagnies savantes de France. C'est elle qui recueillit, à la fin du siècle dernier, l'héritage de la Société Royale de Médecine et de l'Académie Royale de Chirurgie supprimées par le décret du 8 août 1793. Elle se constitua le 2 germinal an IV (22 mars 1796) sous le nom de Société de Santé et prit l'année suivante, le 15 février 1797, le nom de Société de médecine qu'elle a conservé depuis. C'est au nom de ses glorieux états de service qu'elle a pris l'initiative de la consultation dont il s'agit.

Le 12 mai 1894, elle a adopté le rapport que M. Doléris lui a lu au nom de la Commission qu'elle avait nommée à cet effet, et ce document a été adressé par son secrétaire général à toutes les Sociétés médicales de France

FEUILLETON

Sur l'éructation

« Que faites-vous quand vous dites U, demande au Bourgeois gentilhomme son professeur de langues » ? — Et cet homme naïf, mais plein de bon sens, lui répond : « Je dis U, tout simplement. » Sur quoi le professeur le couvre aussitôt de confusion en lui montrant quelle sottise c'est d'ignorer le mécanisme à l'aide duquel on obtient la prononciation de cette voyelle et quelle supériorité possèdent les gens qui savent que pour émettre ce son il faut projeter les lèvres en avant comme si l'on faisait la moue.

Que de choses on fait ainsi sans se demander jamais comment ni pourquoi on les fait. C'est de cette manière que Monsieur Jourdan faisait de la prose. C'est encore comme cela que l'immense majorité des hommes mangent, boivent, dorment, marchent, écrivent, parlent, digèrent, etc... Nous, médecins, qui ne haïssons plus le *profanum vulgus*, — en quoi nous avons raison —, et qui ne l'écartons plus de nous comme jadis, — en quoi nous avons peut-être tort —, nous nous sentons sur lui cet inappré-

ainsi qu'aux autorités compétentes et particulièrement aux médecins siégeant dans les deux Chambres.

Dans ce rapport, dont tous les journaux de médecine ont donné des extraits, la Société de médecine de Paris, commence par déclarer qu'elle n'a pas l'*intention de s'élever contre la loi du* 30 *novembre* 1892, *dont elle reconnaît le principe excellent, ni de prendre position contre des dispositions administratives encore incertaines* (1). Ce point est capital. En effet, comme nous l'avons montré dans un autre article, en citant le texte et les dates à l'appui, et comme il n'est pas inutile de le rappeler, les médecins, depuis vingt ans, dans tous les congrès, dans toutes les Sociétés d'hygiène, n'ont pas cessé de réclamer la déclaration obligatoire des maladies transmissibles, sans qu'une seule protestation se soit élevée dans la presse au nom des intérêts professionnels. La promulgation de la loi de 1892 elle-même, n'en a pas excité. Elles ont attendu pour se produire que la loi fût devenue exécutoire et elles ont éclaté à l'occasion du commentaire dont le ministère de l'intérieur a fait suivre son arrêté du 23 novembre 1893.

On a dit alors que les médecins qui avaient pris la parole dans le Congrès et les Sociétés d'hygiène étaient des théoriciens, des docteurs qui n'exerçaient pas et qu'ils n'avaient pas qualité pour parler au nom des praticiens sur lesquels l'obligation nouvelle devait peser de tout son poids. Cela pouvait être vrai, mais il n'était plus temps de le dire. Si les intéressés avaient pris la parole à l'époque où la question s'agitait, où rien n'était fait encore, il aurait pu en résulter une discussion utile pour tout le monde ; on se serait éclairé réciproquement, tandis qu'aujourd'hui que la loi existe, il faut bien s'y conformer. On ne peut plus discuter que sur la façon de la mettre en pratique et c'est ce qu'a bien compris la Société de médecine de Paris.

Le moment est opportun pour s'occuper de ces graves intérêts. D'autre

(1) Rapport sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses par les médecins traitants, présenté à la Société de médecine par une commission composée de MM. Abadie, Ladreit de Lacharrière. Perrin, de Ranse, Edmond Wickham et Doléris, *rapporteur général.*

---

ciable avantage de savoir par le menu comment se font toutes ces choses-là et beaucoup d'autres encore. Je dis que c'est un avantage, sans en être au fond bien solidement convaincu, mais parce que je me demande si d'autres ne trouvent pas là le motif d'une sorte de jalousie féroce, inexplicable autrement, qui vient de se manifester avec une virulence de moelle rabique toute fraîche, dans un livre dont j'aurai le plaisir de causer avec vous très prochainement. Pour aujourd'hui, revenons à nos gaz. Le pronom possessif est bien en situation ici, car ceux dont il s'agit nous appartiennent en propre. Ils sont en nous, ils s'y forment et c'est de nous qu'ils sortent. N'allez pas croire que je veuille, pour cela, écrire un appendice à *La Terre* de Zola. Dieu me garde d'un si nauséabond dessein. Les gaz que je veux dire ne descendent pas jusqu'à l'horreur des luttes intestinales. Ils se tiennent dans un ordre d'idées et dans une catégorie d'organes supérieurs. Ils ne se commettent pas avec la tourbe immonde de ceux que le « puissant écrivain » a chantés et a fait chanter. Jamais on ne les a vus franchir la barrière où s'arrêtent, sinon les élégances du moins les honnêtetés de la digestion. Ils font les cent pas du cardia au pylore, mais pour un empire on ne les ferait aller au delà. Ce sont des boulevardiers.

Si boulevardier qu'on soit, il faut cependant quitter parfois l'asphalte bien aimé. Ils le

part, la loi fonctionne depuis six mois et on a pu par conséquent la juger par ses résultats. Personne ne pourra accuser les médecins de parti pris, puisqu'ils ont mis toute la bonne grâce possible à se conformer aux instructions du ministère de l'intérieur. D'un autre côté, la loi de 1892 n'est qu'une prime d'attente sur laquelle viendra bientôt se poser la loi fondamentale relative à la protection de la santé publique, et dont le projet a été déposé, il y a bientôt deux ans, sur le bureau de la Chambre des Députés (1). Il faut espérer qu'elle viendra en discussion dans le courant de l'année ; il y a donc un intérêt puissant pour le corps médical à faire entendre d'ici là ses observations et ses doléances.

La déclaration obligatoire des maladies transmissibles figure, en effet, dans le projet de loi de M. Langlet, il en élargit les responsabilités, mais sans atténuer celles du corps médical. Son article 9 est ainsi conçu :

« La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie infectieuse « est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur, « officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence ou, à défaut, « pour le chef de famille, maître d'hôtel ou directeur d'établissement, ou les « personnes qui soignent les malades. » Ce dernier membre de phrase ne vise évidemment que le cas où le malade n'aura pas reçu de soins médicaux et ne diminue en rien nos charges.

Il n'y a pas lieu de penser que les législateurs reviendront sur le principe même de l'obligation. La Société de médecine est dans le vrai, en s'y résignant et en se bornant à demander des modifications dans la façon dont ce principe sera appliqué.

Il en est une que tous les médecins réclament avec elle, c'est la réduction à des proportions plus raisonnables de la liste des maladies infectieuses.

(1) Rapport lu le 13 juillet 1892, au nom de la commission chargée d'examiner le *Projet de loi pour la protection de la santé publique*; les propositions de loi de M. Edouard Lockroy relatives : 1° *à l'organisation des services de l'hygiène publique* ; 2° *à l'assainissement des logements et habitations insalubres*, et la proposition de loi de MM. Siegfried, Labrousse et plusieurs de leurs collègues sur *l'organisation de l'administration de la santé publique*, par M. Langlet, député.

---

quittent donc de temps en temps et, l'honorabilité n'étant pas exclusive de toute gaieté, ils aiment à le quitter joyeusement, bruyamment même. Ce sont gens qui n'ont rien à cacher. Ces sorties un peu tapageuses, personne ne s'en serait formalisé autrefois ; mais notre époque se laisse malheureusement envahir par une désolante pudibonderie et l'on a une tendance à les assimiler au point de vue des convenances, au vacarme infect dont sont coutumiers leurs voisins du sous-sol. Combien nous sommes loin de cette rieuse époque du Roy Loys le Unzième, lequel, comme nous l'apprend Balzac en un de ses meilleurs contes, « faisoit grand état d'un rot bien poulsé » ! Aujourd'hui nous en sommes arrivés à avoir tellement honte de la chose que nous n'en pouvons plus même supporter le nom. On nous en a fabriqué un autre qui n'a guère plus de grâce, avec moins de franchise. — Disons tout de même *éructation*, puisqu'il faut être de son temps.

Donc, les éructations, après avoir longtemps été les compagnes des gais propos qui suivent les bons repas, n'osent guère plus se produire légitimement que dans les laboratoires. Mais j'imagine qu'elles s'y produisent copieuses, car on peut les y recueillir et les analyser.

« Analyser le rot,
Ce vent ! »

C'est une concession que l'autorité nous fera d'autant plus facilement que c'est le corps médical, représenté par le Comité consultatif d'hygiène et par l'Académie de médecine qui l'a dressée.

Lorsqu'elle a paru nous avons demandé qu'elle fût réduite des deux tiers. En effet, pour que de pareilles prescriptions soient efficaces, il ne faut pas qu'elles aient le caractère d'une mesure banale, d'une formalité quotidienne dont on s'acquitte dans les premiers temps par acquit de conscience et pour faire preuve de bonne volonté, et dont on s'affranchit peu à peu en voyant que la peine qu'on se donne n'a pas de résultat pratique.

En imposant au corps médical tout entier une charge aussi lourde, l'Etat ne peut avoir qu'un mobile, celui d'être armé contre les grandes épidémies lorsqu'elles sont imminentes et d'être prévenu à l'instant même de leur apparition, afin de pouvoir les étouffer dans leur foyer d'origine, comme on l'a fait pour le choléra, lors des deux dernières invasions. En pareil cas, l'intérêt public est tellement évident qu'il fait taire tout autre considération et il n'est pas de médecin, n'y fût-il pas contraint par une obligation légale, qui ne s'empressât de prévenir à l'instant même qu'il a constaté, sur un point donné de la ville, un cas de la maladie redoutée. A notre époque, cela ne s'applique guère qu'au choléra, car les craintes que la peste ou la fièvre jaune peuvent nous inspirer ne justifient véritablement pas l'emploi de précautions pareilles. Les mesures de police sanitaire y suffisent pour le moment.

Le typhus exanthématique, dont l'étrange réveil a surpris la France l'an dernier, n'est pas de nature à inspirer les mêmes craintes, par la sphère très bornée dans laquelle il se meut ; mais il exige pourtant que les premiers cas qui se rencontrent dans une ville soient immédiatement signalés pour prévenir son extension. Tout le monde est d'accord à cet égard et on se souvient encore de l'étonnement qu'éprouva l'Académie de médecine et de l'impression pénible qu'elle manifesta l'an dernier, lorque M. Leloir lui déclara que le typhus qu'on venait de signaler dans les prisons de la Seine,

---

Ces deux vers sont de moi. Je me ferais scrupule de vous les laisser attribuer à Victor Hugo, qui est assez riche de pareils éclairs pour que je ne pousse pas la charité jusqu'à lui faire l'aumône ; *cuique suum*, disaient avec raison les Latins. Je ne suis point, toutefois, aveuglé par ma paternité au point de croire que ce premier essai de poésie, soit sans défauts. D'abord il traduit mal ma pensée. J'ai l'air de plaisanter ces analyses, et de les stigmatiser d'un insolent dédain quand, au contraire, je suis profondément heureux qu'on les ait tentées, Elles font à l'éructation une apothéose en lui conférant l'actualité — l'Actualité qui est une gloire. Elles la réhabilitent aussi. Les recherches de M. Bovet sont, en effet, très affirmatives. Les gaz d'éructation ne contiennent pas d'acide carbonique. Ils ne sont donc pas asphyxiants. Leur composition serait la suivante : 20 0/0 d'azote et d'oxygène et 80 0/0 d'hydrogène... Mais alors il y a là une richesse ! mais alors il y a là une mine à exploiter pour la production industrielle de ce corps si dispendieux à obtenir en grand ! Mais alors l'avenir de l'aérostation est assuré ! Et pour l'hygiène quel bénéfice ! Finie l'eau distillée ; finie l'eau bouillie et filtrée ; nous allons pouvoir faire de l'eau chimiquement pure !... Vous m'objectez qu'on n'en ferait pas beaucoup ? C'est vrai ; je ne m'en étais pas aperçu dans l'entraînement de mon premier enthousiasme. Au surplus, je m'étais trop pressé de crier au triomphe. Il faut en

régnait depuis deux mois dans celle Lille sans qu'on en ait rien su à Paris (1).

On comprend encore qu'on ait intérêt à connaître les cas de variole, lorsqu'ils se multiplient, et les foyers de diphtérie quand il s'en produit. Cela n'a plus le même caractère d'urgence et l'autorité est toujours prévenue à temps; mais, enfin, la déclaration peut être encore utile parce qu'il y a quelque chose à faire, parce qu'on peut, dans le premier cas, prescrire des vaccinations à domicile, comme au mois de septembre dernier, et dans le second, procéder à la désinfection des locaux envahis par la diphtérie. Peut-être, en y mettant un peu de bonne volonté, trouverait-on encore une ou deux autres maladies pouvant justifier la déclaration obligatoire; mais, en pareil matière, il vaut bien mieux se restreindre au début que de trop s'étendre; d'autant plus que cette liste peut se remanier à volonté et qu'on peut toujours y introduire une unité nouvelle, si le besoin s'en fait absolument sentir.

Parmi les exigences inutiles de l'arrêté ministériel, il en est une que la Société de médecine signale avec autant de raison, c'est l'inutilité de la double liste. Les médecins ne sont ni des commis de l'administration ni des expéditionnaires, pourquoi leur imposer cette liste en double expédition, comme s'il s'agissait d'une pièce de comptabilité.

Le rapport que nous analysons en ce moment s'élève avec beaucoup de force contre la violation de domicile qu'autorise la loi, contre l'isolement ou le transfert obligatoire, contre la désinfection forcée qu'elle peut imposer. Nous avons fait remarquer. dans notre premier article, que la circulaire du ministère de l'intérieur ne permet rien de semblable. Le rôle qu'elle assigne aux maires est tout de préservation. Il se borne à éclairer les familles et à leur venir en aide; mais il paraît qu'on ne s'est pas tenu partout dans cette prudente mesure; on parle de domiciles envahis par des inspecteurs sani-

(1) Leloir. Discussion sur le typhus. Séance du 11 août 1893. *Bulletin de l'Académie de médecine*. T. XXIX p. 385.

---

rabattre si l'on en croit M. Bardet qui a fait, lui aussi, de nombreuses expériences sur ce sujet. Il ne nie pas absolument que la fermentation alimentaire puisse, dans certains cas, produire une petite quantité d'hydrogène, mais combien inférieure aux 30 ou 40 litres à l'heure que nous avait fait entrevoir M. Bovet. Et voyez à quel point il est regrettable que M. Bovet n'ait pas raison, car ces 30 ou 40 litres de gaz à l'heure, l'ingestion d'une simple tasse de thé suffit à les produire! que de thé on aurait bu! La Compagnie coloniale doit bien vivement souhaiter que ce soit M. Bardet qui ait tort. Car ces analyses à lui sont tout à fait navrantes. Les gaz, chez l'homme, contiennent, d'après ses recherches, 75 à 90 0/0 d'acide carbonique et il lui a été impossible d'y constater la présence de l'hydrogène. Chez la femme (j'hésite à le dire (la science a-t-elle le droit de froisser certaines pudeurs, de détruire certaines illusions, de profaner l'Idéal?) chez la femme, atteste M. Bardet, à qui je veux laisser la responsabilité de cette sacrilège affirmation, on ne peut pas recueillir purs les produits de l'éructation. Quelle horrible énigme ce savant vient de poser à notre inquiète sagacité!

La conclusion de tout cela, c'est que nous ne sommes pas plus fixés que devant sur la composition chimique de nos flatulences. Ce serait une compensation de savoir tout au moins le mécanisme intime de leur production. Mais nous l'attendrons encore et nous

taires se croyant en pays conquis et suivis d'une équipe de désinfecteurs trop zélés et trop peu soucieux de respecter le secret médical. De pareils abus étaient inévitables; mais il dépend des préfets d'y mettre bon ordre et d'empêcher qu'on en revienne aux pratiques du moyen âge.

La Société de médecine insiste enfin sur l'impossibilité d'appliquer la loi dans les petites villes et *a fortiori* dans les campagne, qui forment la majeure partie de la population française. Il est certain qu'elle y est, pour le moment, à l'état de lettre morte. Compromettante pour le médecin, fastidieuse pour le maire, suspecte à la population, elle y est absolument inutile puisqu'il n'y a ni moyens d'isolement ni appareil de désinfection ni rien qui ressemble, même de loin, à un service sanitaire ; mais il est probable qu'il en sera autrement lorsque la loi sur la protection de la santé publique aura parue.

Aujourd'hui, les conseils généraux et les municipalités se refusent à inscrire à leur budget les crédits nécessaires pour assainir et nettoyer leurs villes et pour satisfaire aux réclamations les plus urgentes de l'hygiène ; il ne faut donc pas s'attendre à ce qu'ils fassent les frais d'un service dont ils ne reconnaissent pas l'utilité, mais dont ils pressentent la tyrannie. La loi Langlet les y contraindra. Par ses articles 14, 15 et 16, elle impose aux conseils généraux l'organisation du servive de l'hygiène publique, la création d'un conseil d'hygiène départemental et de commissions sanitaires dans les arrondissements. Elle organise, dans chaque département, un service d'inspection très complet ; elle prescrit aux maires de toutes les communes de prendre un arrêté portant *Règlement sanitaire* et de le soumettre au préfet. Par son article 18, elle range parmi les dépenses obligatoires spécifiées à l'article 136 de la loi municipale de 1884 celles qui résulteront de l'application du règlement sanitaires, et enfin prévoyant la force d'inertie que les conseils généraux ne manqueront pas d'opposer aux dispositions de la loi, elle charge l'administration d'y pourvoir par voie de décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique (art. 14).

---

ne sommes pas à la veille de pouvoir renouveler, sur les bourgeois démocrates de nos jours, la triomphante victoire du professeur de Molière. S'il prenait à l'un d'eux la fantaisie de nous demander : « Que faites-vous quand vous faites un rot ? » il nous faudrait encore répondre : « Je fais un rot tout simplement. » Car de choisir entre les multiples théories proposées pour expliquer le fait, c'est une besogne à laquelle je vous conseille de renoncer comme moi. A laquelle vous rallierez-vous ? Est-ce là un nouveau tour de la façon des fermentation ? Est-ce un phénomène de circulation ? Le système nerveux y intervient-il pour tout où partie ? Je ne dis pas qu'il n'en soit point capable ; il nous en a fait voir bien d'autres. Cependant, M. Dujardin-Beaumetz lui-même semble attribuer aujourd'hui une influence indéniable à l'action des liquides. Quant à M. Linossier, il y voit une affaire de température.

L'eau chaude, dit-il, provoque des contractions stomachales. C'est un fait qui, je crois, n'a jamais fait de doute pour les personnes auxquelles on a fait prendre de l'ipéca.

Reste-t-il quelque hypothèse possible qu'on n'ait point encore examinée ? Il y en a une, en effet, et croyez bien qu'on ne l'a pas laissé de côté. La position, l'attitude du décubitus jouerait, d'après certains, un rôle très important dans le phénomène dont nous nous occupons. On le formule ainsi : « L'homme ne devant dormir que sur le dos ou le

Lorsque cette loi protectrice aura paru, que le service sanitaire fonctionnera régulièrement sur toute l'étendue du territoire, la déclaration obligatoire pourra recevoir son application. D'ici là, c'est au corps médical à faire entendre ses réclamations, à éclairer l'opinion et les pouvoirs publics, afin que le terrain soit bien préparé lorsque viendra le jour de la discussion. On ne peut donc qu'approuver l'initiative prise par la Société de médecine de Paris et la forme sérieuse et modérée sous laquelle ses observations sont présentées.

Jules Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 juin. — Présidence de M. Ferrand

Le président lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

La lithiase biliaire est-elle de nature microbienne ?

MM. A. Gilbert et S. A. Dominici. — Depuis que M. Galippe a signalé la présence de micro-organisme dans les calculs biliaires, la question de l'origine microbienne de ces concrétions est demeurée pendante.

MM. Gilbert et Dominici ont examiné, au point de vue bactériologique, les calculs de six individus.

Dans deux cas, où la lithiase était de date récente, ils ont pu, par la coloration et par culture, reconnaître l'existence de microbes au centre des calculs chez deux malades qui présentaient une lithiase d'ancienne date, les examens sur des lamelles colorées et les ensemencements sont demeurés négatifs. Dans un cas ou la lithiase était également ancienne, les ensemencement sont demeurés négatifs, mais sur des lamelles colorées on a pu reconnaître la présence de formes microbiennes.

---

côté droit, s'il se couche sur le côté gauche, la digestion sera troublée, les aliments allant se loger dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Ce dernier est alors obligé de faire effort pour leur faire franchir le pylore : il arrive même qu'ils peuvent se diriger du côté du cardia et provoquer des éructations à la suite desquelles une partie des aliments remontera dans l'œsophage et même dans la bouche. » Cela paraît tout simple et on est réduit, à première vue, par la grande clarté d'une explication si facile. Mais, est-il aussi prouvé qu'on veut bien le dire que l'homme ne doive dormir qu'à droite ou sur le dos ? Je ne rougirais pas d'avouer, pour ma part, que je dors sur le côté gauche avec la même béatitude que sur le droit et il ne m'a pas semblé que cette anomalie de position provoquât plus de troubles de ma digestion ni plus de flatulence que quand je me soumets à la règle. Certes il faut féliciter son auteur du privilège qu'il a de n'être sujet aux éructations que dans la position couchée. Mais tout le monde n'a pas la même chance. Quantité de gens éructent dans la position assise et même dans la station verticale. Vous savez qu'en Espagne c'est politesse dont on ne saurait se dispenser, si l'on sait vivre, à l'égard des hôtes qui vous ont abondamment traité. Lorsque le cardinal La Ballu quitta la table où Louis XI avait si aimablement veillé à ce qu'il ne laissât passer devant lui, sans en prendre de larges parts, aucune saulce, aucun pasté d'anguilles ou autres, aucun

Enfin, dans un cas où à côté des calculs anciens existaient des calculs récents, les premiers ont fourni des résultats négatifs, les seconds, au contraire, des résultats positifs par l'examen des lamelles et par l'ensemencement.

Dans les cas où les ensemencements se sont montrés positifs, les germes développés appartiennent à l'espèce coli-bacillaire.

Pour expliquer ces résultats, deux hypothèses sont en présence :

On peut supposer, d'une part, que la formation des calculs a précédé leur envahissement par les bactéries, ce qui expliquerait la fertilité des calculs récents pourvus des canalicules décrits par Naunyn et la stérilité des vieux calculs.

Cette hypothèse est d'autant moins négligeable, que dans les cas où les calculs contenaient le coli-bacile, la bile était injectée par le même micro-organisme. On peut supposer, d'autre part, que l'infection biliaire par le coli-bacille a représenté le fait initial duquel a découlé la cholécystite lithogène. C'est à cette seconde hypothèse que les auteurs se rallient et ils pensent que le fait dans lequel les calculs ensemencés demeurèrent stériles, quoique montrant encore sur les lamelles colorées des formes microbiennes reconnaissables, lui apporte un sérieux appui.

Le microbe lithogène était, chez les malades de MM. Gilbert et Dominici, le bacille d'Escherich, le grand envahisseur des voies biliaires et l'agent habituel de la cholécystite et de l'angiocholite suppurative. (Gilbert et Girode.)

Il est probable qu'à ce germe revient la première place dans la production de la lithiase biliaire, mais il est possible aussi que son rôle ne soit pas exclusif et que, notamment le bacille d'Eberth, à qui l'on doit la cholécystite suppurée dont peut se compliquer la fièvre typhoïde (Gilbert, Girode et Dupré), soit également l'agent de la lithiase biliaire dont cette maladie est fréquemment suivie.

Les auteurs ont tenté de vérifier expérimentalement cette théorie microbienne de la lithiase biliaire et, dans ce but, ils ont injecté dans la vésicule de trois chiens des cultures de bacille d'Eberth et dans la vésicule d'un chien des cultures de bacille d'Escherich.

Parmi les animaux inoculés avec le bacille d'Eberth, le premier succomba au bout d'un mois avec une cholécystite suppurée et une pneumonie double, le second a succombé au bout de trois mois sans lésions vésiculaires avec une endocardite végétante

---

poisson ou aucun flacon, il était flatulent comme quatre et le faisait bien voir, encore qu'il se tint debout devant le roi lequel, avec malice cette fois, le retenait dit l'histoire, par les glands de son aumusse, s'amusant à l'empêcher d'aller là où il aurait plus à loisir livré passage au surplus de son hydrogène (Bovet) ou de son acide carbonique (Bardet) stomachal.

N'usons pas de subterfuges indignes de nous et soyons francs. Nous ne savons pas pourquoi on flatule. Notre consolation de cette ignorance c'est de voir les savants attelés désormais d'arrache-pied à cette grave question dont la solution ne saurait se refuser indéfiniment à leurs efforts. C'est là gloire de la science et c'est notre fierté, à nous qui ne sommes que ses indignes lévites, qu'aucun sujet ne reste en dehors de ses patientes investigations. Tous les secrets qu'on essaie de lui arracher n'ont sans doute pas la même importance. Il en est où de gros intérêts sont en jeu ; où le salut et le bonheur de l'humanité sont en cause. D'autre fois il ne s'agit guère que de vétilles et j'aurais trop de peine à vous faire admettre que la composition des gaz de l'éructation a une importance de premier ordre, pour essayer d'amener en votre esprit, à cet égard, une conviction que, d'ailleurs, je ne partage pas. Si vous pensiez qu'il est des choses plus passionnantes que celles-là, vous seriez en parfaite communion d'idées avec moi. Ce

des valvules mitrale et tricuspide ; le troisième a été sacrifié au bout de trois mois ainsi que l'animal inoculé avec le coli bacille ; leur autopsie n'a montré aucune lésion.

MM. Gibert et Dominici se proposent de poursuivre ces tentatives en se plaçant dans de nouvelles conditions expérimentales.

Toxicité du sérum du sang de l'homme sain

MM. Mairet et Bosc (de Montpellier) : La dose moyenne du sérum du sang normal de l'homme, injectée dans la veine de l'oreille du lapin, nécessaire pour tuer 1 kilogr. de lapin est d'environ 15 cc. Cette dose est plus faible que la dose mortelle de sérum du sang de chien qui est d'environ 21 cc.

A cette dose, l'injection intra-veineuse chez le lapin provoque généralement la mort presque immédiate ou très rapide, avec dyspnée, accélération des battements du cœur et mouvements convulsifs. Lorsque l'animal ne succombe pas immédiatement, on constate de l'inquiétude, de la résolution musculaire et enfin des accidents convulsifs terminaux. A l'autopsie, on trouve une forte congestion de tous les viscères, parfois des ecchymoses sous-pleurales, de la distension du cœur droit et presque toujours un thrombus dans l'artère pulmonaire. Le sérum de chien a une action toxique propre, car il tue même quand on supprime ses propriétés coagulantes en l'additionnant de chlorure de sodium et de sulfate de soude.

Action des essences sur le microbe du choléra

M. Charrin : Les essences jouissent de propriétés antiseptiques. M. Chamberland l'a établi pour la bactéridie charbonneuse ; M. le professeur Bouchard et M. Charrin pour le bacille pyocyanogène.

D. Ducamp, dans une note que présente M. Charrin, montre que les essences influencent notablement le développement du germe du choléra indien. Dans une série d'expériences, il a classé ces corps suivant l'intensité de leur action, action qui varie et d'après l'essence et d'après l'âge de la culture. On connait l'intérêt de ces données ; en raison de leur volatilité, ces principes peuvent pénétrer par la respiration ou s'échapper par elle, se rendre par conséquent dans des tissus dont l'abord n'est point aisé, sans parler des surfaces ou des viscères au niveau desquelles ces corps interviennent à l'état liquide.

---

sont des besognes qui ont au moins le grand mérite d'être absolument inoffensives et innocentes et auxquelles beaucoup eussent gagné à employer les facultés de leur esprit au lieu de les gâcher en des travaux moins bénins, moins utiles même et encore moins glo ieux. Avez-vous lu les *Morticoles* ? Eh ! bien, n'est-ce pas que j'ai raison ?

FORMULAIRE

—

Dentrifices antiseptiques (Maurel)

1° Eau. .... 100 grammes
Permanganate de potasse...... 1 —

Cinq gouttes dans un verre d'eau tiède pour se rincer la bouche.

2° Pour pra iquer des lotions antiseptiques :

Alcool à 85°..................... 65 grammes
Teinture d'eucalyptus............ 20 —
Teinture de canelle de Ceylan.... 10 —
Teinture de romarin.............. 5 —

Une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède.

Action de l'urine et de la bile sur la thermogenèse

M. d'Arsonval : De nombreuses expériences faites par MM. d'Arsonval et Charrin, il résulte que les tissus vivants, baignés de bile ou d'urine, produisent moins de chaleur qu'à l'état normal. On peut atténuer les effets de la bile en la dissolvant par le noir animal, et, dans ces conditions, à doses égales, la décroissance du rayonnement est inférieure d'un tiers ou d'un quart à ce qu'elle est quand on use du liquide coloré. Les déductions pathologiques de ces faits sont faciles à apercevoir.

FORMULAIRE D'HYGIENE

—

Technique de la balnéation (*fin*) (1).

3° *Bains froids.* — Au point de vue de la propreté, les bains froids sont loin de valoirs ceux dont nous avons parlé précédemment. Pourtant, lorsqu'on s'agite pendant quelque temps dans l'eau froide, la peau a le temps de s'humecter et, comme il faut s'essuyer ensuite, il en résulte un nettoyage d'autant plus appréciable qu'il se renouvelle presque tous les jours pendant la saison chaude.

On ne prend, en général, de bains froids que pendant l'été. A Paris, la saison officielle commence le 1er mai et finit le 30 septembre. Pendant ces cinq mois, il ne faut pas compter sur plus de 60 jours de véritable beau temps.

La saison des bains de mer qui sont le type des bains froids, ne dure guère que trois mois sur les côtes de la Manche (juillet, août et septembre). Pendant ce temps, la température de l'eau oscille entre 15 et 20°, avec une moyenne de 18°2; celle de l'atmosphère a des écarts beaucoup plus grands ; elle varie entre 10 et 28° avec une moyenne de 17°6. Dans la Méditerranée la température est de 4°35 plus élevée que celle de l'Océan, aussi la saison des bains est-elle beaucoup plus longue.

Les bains de mer ne doivent être pris que lorsque la digestion est complètement terminée. Il faut pour cela deux ou trois heures suivant l'âge et la constitution. Le bain froid pris en sortant de table et *a fortiori* en état d'ivresse, détermine souvent des congestions mortelles.

Il ne faut pas entrer dans l'eau après une course rapide et tant que la circulation et la respiration sont accélérées. On croyait autrefois qu'il était extrêmement dangereux de se baigner le corps étant en sueur ; les pratiques de l'hydrothérapie ont prouvé le contraire. On peut entrer dans l'eau étant en transpiration pourvu que celle-ci n'ait pas été déterminée par un exercice violent, ce qui rentre alors dans le cas précédent.

L'immersion doit être brusque et complète. Il faut se donner du mouvement pendant tout le temps qu'elle dure. Si l'on peut se livrer à la natation, le bain peut alors se prolonger avec avantage ; cet exercice étant le plus agréable et le plus hygiénique de tous.

La durée du bain froid varie suivant la température de l'eau et la constitution individuelle. Il est des gens qui ne peuvent pas rester plus de quelques minutes dans l'eau froide sans être pris de frissons à faire claquer les dents, d'autres y restent très longtemps sans rien ressentir de semblable. La règle est de sortir de l'eau, lorsque ce frisson qu'on peut appeler secondaire vient à se produire. C'est en moyenne au bout de 10 à 15 minutes dans nos climats. Il est inutile de dire que, sur les plages échauffées par le soleil des tropiques, ce frisson ne se produit jamais.

En sortant de l'eau, il faut s'essuyer avec soin, se frotter avec force, mettre rapidement ses habits et faire de l'exercice pour exciter la réaction très lente à se produire chez les gens nerveux.

(1) *Union médicale* du 2 juin 1894, p. 747, et du 16 juin, 1894, p. 822.

Les bains froids, et en particulier les bains de mer ne conviennent pas aux personnes très faibles, très impressionnables. Ils sont trop excitants pour les névropathes ; ils leur donnent une sorte de fièvre et leur ôtent le sommeil. L'anémie très prononcée, les affections du cœur et des centres nerveux, l'arthritisme, la tendance aux hémorrhagies, à l'hémoptysie surtout, sont autant de contre-indications formelles pour les bains froids.

Les vieillards qui en ont conservé l'habitude depuis leur jeunesse et qui n'ont aucune tare organique peuvent les continuer. J'estime, toutefois, qu'ils font bien de s'en abstenir à partir de 70 ans.

Il est bon de ne pas les prescrire chez les enfants avant l'âge de cinq ans, et de les interdire à ceux qui sont nés de parents épileptiques ou de mères hystériques, à ceux qui sont sujets aux maux de tête et disposés à la méningite.

BIBLIOTHÈQUE

Précis d'obstétrique, par MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage. V. Masson, éditeur.

Notre époque marquera, à coup sûr, comme une des plus fécondes pour l'obstétrique. Que restera-t-il de toutes les publications qui auront été faites sur ce sujet ? L'avenir le dira. Lui seul donne le nom des vrais élus ; mais il restera en tous cas une somme remarquable de progrès et de travail. Parmi ces progressistes et ces travailleurs, nous souhaitons la bienvenue à MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage et à leur livre.

Ce livre n'est pas un traité et c'est plus qu'un manuel. Etre utile aux étudiants, tel est le but visé par les auteurs ; ajoutons — et aux femmes. Ce but sera atteint même si quelques-unes seulement des vérités contenues dans ce nouveau Précis pénètrent dans le cerveau des futurs médecins et sont appliqués par eux dans la pratique.

Nous ne donnons pas ici l'énumération des titres de chapitre. Puisque c'est un Précis complet, le lecteur y trouvera le résumé de la science courante, joint à l'expérience personnelle des auteurs, une compilation de leur savoir didactique et clinique.

Nous prendrons un chapitre ; celui de l'antisepsie obstétricale, sujet sur lequel la compétence des auteurs ne saurait être en défaut, puisque l'un est accoucheur de Beaujon, l'autre ancien chef de clinique, et ce dernier auteur de la partie obstétricale d'un *Traité pratique d'antisepsie*. (Paris, Steinheil.) L'antisepsie obstétricale occupe cinquante pages dans le Précis de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage.

Après avoir rappelé que la fièvre puerpérale n'existe pas comme entité morbide ; qu'il y a des septicémies puerpérales et non pas une fièvre puerpérale. les auteurs écrivent en grosses lettres : Tout le savoir de l'accoucheur ne sert de rien s'il n'est d'abord imbu de la méthode antiseptique.

Voilà une de ces vérités auxquelles je faisais allusion. Cela ne veut pas dire que pour être bon accoucheur il suffit de pratiquer avec rigueur l'antisepsie, qu'on doive se contenter des diagnostics d'à peu près et des habiletés de main. Non, nous n'en sommes plus là nous autres accoucheurs. Notre école, si elle est une école d'antisepsie d'abord, est au même degré une école de diagnostic exact et d'opération dans lesquelles on ne vâ pas à l'aventure.

De toutes les substances antiseptiques, la plus communément employée et l'une des plus actives est le sublimé pour lequel M. Tarnier a une affection presque paternelle. Les expériences du laboratoire et l'observation clinique lui ont appris que le streptocoque était influencé de la même manière par une solution renfermant 20 centigrammes par litre que par une solution renfermant 25, 50 centigrammes et *même* 1 gramme. C'est donc de la solution à 20 centigrammes qu'il faut se servir.

Un autre sel mercuriel, le biiodure, étudié par M. Bouchard, a été introduit dans l'obstétrique depuis 1883 par M. Pinard. M. Tarnier le tient pour moins actif et aussi dangereux que le sublimé. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage semblent ne pas être de cet avis et je dois dire, pour ma part, qu'employé à la dose de 25 centigrammes, unis à 50 centigrammes d'iodure de potassium par litre — formule de M. Pinard — je ne l'ai jamais vu causer d'accidents ; mais, ni le biiodure ni le bichlorure ne sont supportés par toutes les femmes. Il en est dont la muqueuse vaginale se dessèche et s'excorie rapidement ; l'injection mercurielle est alors une source de douleurs insupportables et a le grave inconvénient, par les fissures et gerçures qu'elle produit, d'ouvrir des portes à l'infection. On peut, dans nombre de cas, prévenir cet inconvénient en mélangeant à la solution de la glycérine chimiquement pure.

L'acide phénique ne donnerait, suivant les auteurs, ni une mortalité ni une morbidité supérieure à celle des femmes pansées aux sels de mercure ; mais ils conviennent de son infériorité expérimentale, des accidents parfois graves qu'il produit, et de ses inconvénients, dont le moindre est d'avoir une odeur C'est un avantage pour une substance antiseptique d'être inodore.

MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage passent en revue les autres antiseptiques, les ustensiles en usage pour la désinfection, les injections vaginales et utérines, les précautions à prendre par les médecins et les sages-femmes. Dans ce paragraphe sur l'asepsie de l'accoucheur, je vois posée cette question si prédominante : « Combien de temps après « un contact dangereux subi par nécessité professionnelle, un médecin peut-il faire un « accouchement ? » — « Ce n'est point, répondent MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, « une question de temps, mais une question de désinfection. » Je n'aurais pas répondu de cette façon. J'aurais dit : c'est avant tout une question de désinfection, mais pour cette désinfection il faut du temps ; ce dont, d'ailleurs, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage conviennent dans les lignes qui suivent : « N'est-il pas plus prudent, disent-il, « de s'abstenir pendant un certain temps de toute intervention, malgré une désinfection « soigneuse. »

Cette question m'a beaucoup préoccupé quand j'avais l'emploi de chef de clinique. Je pouvais me trouver dans la nécessité, dans l'obligation impérieuse d'intervenir après contact de liquide infectieux. Or j'ai observé ceci : après un tel contact, on a beau se savonner, se resavonner, s'immerger les mains dans les solutions de mercure, l'*odeur putride* qui disparaît totalement après les grands lavages et brossages, reparaît un quart d'heure, une demi-heure, une heure plus tard. *Elle reparaît dès que la perspiration cutanée se rétablit.* Il suffit de mettre la main au chaud dans les poches du pantalon, pour que l'odeur réapparaisse vite. Il y a donc eu absorption des liquides septiques par les pores de la peau et la perspiration cutanée les rejette au dehors. J'en conclus qu'il faut faire transpirer les mains, les savonner de nouveau, recommencer au besoin l'opération et cela jusqu'à disparition de toute odeur après rétablissement de la perspiration cutanée, pour intervenir auprès d'une parturiente bien portante, après contact de produits septiques, *quand on y est contraint.*

Il serait, comme on peut juger par ce court aperçu, intéressant d'analyser d'autres chapitres de ce livres, mais nous ne pouvons donner à une notice bibliographique l'étendue d'un article de critique. Le lecteur jugera lui-même. Médecins et étudiants peuvent tirer un grand profit de la lecture de ce nouveau Précis d'obstétrique.

H. Stapfer.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT. Imp. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Jaccoud : L'angine à streptocoques. — II. A propos de la blessure de la veine porte. — III. Revue de thérapeutique. — IV. Académies et sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud

—

De l'angine à streptocoques

Messieurs,

Je vais vous parler aujourd'hui d'un jeune homme que vous avez pu observer tout dernièrement dans notre cabinet d'isolement.

Il est âgé de 17 ans et d'une constitution robuste. Un mal de gorge fut la cause de son entrée ; quant à la date précise du début de cette angine, il est impossible de la bien déterminer. Le malade souffrait depuis une semaine et la première manifestation semble être apparue sans aucun malaise et sans aucune altération antérieure notable de la santé. Cependant le lendemain du jour où la douleur se fit sentir pour la première fois, il partit travailler, mais dut rentrer chez lui la douleur ayant augmenté d'intensité. Il ne pouvait, nous dit-il, rien avaler.

Le premier symptôme et je dirai même le seul symptôme, durant quelques jours, fut de la douleur et comme conséquence de la dysphagie. Notre homme patienta chez lui, sans voir se produire de phénomènes nouveaux ; il ne pense pas avoir eu de fièvre et nous pouvons le croire sur parole, car il n'a jamais eu de fièvre depuis son entrée ; le soir même, il n'avait que 36° et le lendemain matin 37°3. Tous les autres jours il a eu une température au-dessous de 37°. La douleur et la dysphagie allaient seules en s'aggravant.

Nous constatons à l'examen une légère tuméfaction bilatérale dans la région de la gorge et une augmentation de volume des ganglions situés au-devant des sterno-cleido-mastoïdiens. Cet examen nous montrait que le malade était atteint d'une angine à fausses membranes.

Ici, Messieurs, j'ouvre une parenthèse pour vous avertir de ne pas confondre l'angine membraneuse de nature quelconque avec un enduit pultacé. Lorsque les petits brins qui composent l'enduit sont très rapprochés, très serrés, au premier coup d'œil on peut croire à une fausse membrane ; mais quand on l'examine de près, on voit qu'il y a juxtaposition de filaments isolables qui se dissocient quand on place l'enduit dans l'eau, alors que la membrane qui est unie, se déplisse. Donc, Messieurs, et retenez-le bien, la membrane, est une, continue et non formée de filaments isolables.

Cette angine à fausses membranes présentait des plaques sur les piliers antérieur et postérieur du côté droit et sur la moitié postérieure de la luette. Ces fausses membranes étaient minces, blanc grisâtre et un peu opalines, paraissant assez adhérentes à l'œil. On avait, en outre, de la douleur et de l'œdème.

De cet ensemble de symptômes constatés sur un malade, on peut déduire une présomption ; une angine semblable doit éveiller le soupçon d'une angine diphtéritique. Mais y a-t-il quelques symptômes qui puissent faire croire que ce n'en est point une ?

Il y a deux motifs : 1° le 7° jour, notre malade ne l'est pas assez et le domaine des fausses membranes est trop restreint ; 2° enfin, on n'avait pas noté de fièvre à cette date,

Mais présomption ne dit pas certitude et on se trouve en présence d'une situation embarrassante qui se rencontre souvent. Le nombre des angines pseudo-diphtéritiques s'accroît non d'année en d'année, mais de mois en mois. La certitude ne peut être obtenue que par l'examen bactériologique.

En 1891, M. Menestrier et moi, avons démontré qu'il y avait une angine pseudo-diphtérique à pneumocoques. Or, comme dans la pratique les recherches bactériologiques ne peuvent être faites, soit par suite du manque de connaissances suffisantes, soit par suite du manque de temps, « il faut agir comme si on avait affaire à la diphtérie ». Le traitement ne peut nuire et on n'expose pas le malade à des dangers.

Nous avons vu ces membranes et nous avons trouvé que le microbe n'était ni celui de la diphtérie ni le pneumocoque, mais une variété de streptocoque.

Je pouvais affirmer que ce n'était pas une angine à pneumocoque, car celle-ci offre un début tout spécial qui m'avait frappé en 1891 et qui me frappa à nouveau en 1893 dans deux cas que j'eus à observer.

Elle débute comme la pneumonie, par un frisson ; la température s'élève, précédant de vingt-quatre heures, quelquefois de trente-six heures, l'apparition de toute manifestation dans la gorge. L'exsudat qui va constituer la fausse membrane est un peu plus tardif, car il ne se montre pas avant la fin du deuxième jour ou au commencement du troisième. La diphtérie, elle, débute lentement ; il n'y a pas nécessairement de frissons, mais jamais de frisson initial. Ce début est graduel. Les fausses membranes ont une tendance à s'étendre et à s'enfoncer dans les fosses nasales.

Le microbe que nous avons observé était disposé en chaînette et, inoculé à la veine marginale d'un lapin, il amena la mort en vingt-quatre heures.

Quant à notre malade, il est absolument guéri. Les deux derniers jours il y a bien eu un peu d'albumine dans l'urine, mais ce fait est sans importance. Les fausses membranes se sont bien reproduites, mais elles n'avaient aucune tendance à s'étendre, et, dès le quatrième jour, elles se reproduisaient avec moins d'abondance. Deux jours après son entrée, il n'y en avait plus que sur les piliers postérieurs, et aujourd'hui les ganglions seuls sont un peu tuméfiés.

Il y a donc deux groupes d'angines pseudo-membraneuses : 1° L'angine à pneumocoque, et 2° l'angine à streptocoquess.

Y a-t-il dans cette angine quelques traits nets qui permettent de dire que c'est une angine à streptocoque plutôt que tout autre chose ? Je ne sais, car je suis bien mal placé pour répondre. Notre malade n'a jamais eu de fièvre, c'est vrai, mais nous ne l'avons point observé dès le début. Or, mon interne a pu observer une petite malade dès le premier jour et elle avait de la fièvre ; d'autres observés au quatrième et sixième jours n'en avaient point.

Indépendament de ces angines, j'ajouterai incidemment qu'il y a encore des angines à staphylocoques.

Le traitement conforme à ma conclusion est celui que je mets en œuvre dans la diphtérie ; il est *local* et *général*.

Comme traitement local, ablation des fausses membranes et applications

plus ou moins fréquentes d'une solution de sublimé que je formule ainsi :

Glycérine......... 500 grammes
Sublimé.......... 1 —

Dans l'intervalle des applications, je fais pulvériser l'arrière-gorge avec de l'eau boriquée.

Le traitement général se compose de l'emploi du lait, non comme aliment, mais comme diurétique ; de l'alcool dont la dose variera suivant l'âge, le sexe et la constitution. Quand il y a de la fièvre, je donne de l'acide salicylique, que j'emploie encore lorsqu'elle n'existe pas, mais seulement à petite dose.

A propos de la blessure de la veine porte

Dans un de nos derniers numéros, nous examinions le danger des blessures de la veine porte et nous disions qu'une plaie de ce vaisseau était nécessairement mortelle. M. le professeur Lépine dans le *Bulletin du Lyon médical*, du dimanche 1er juillet, revient sur cette intéressante question et y étudie des points dignes de l'attention de nos lecteurs.

Pour sa part, il n'hésite pas à répondre que si la plaie n'est pas une simple piqûre, qu'elle porte soit sur le tronc soit sur l'une des deux branches elle est mortelle. En effet, ajoute M. Lépine, dont voici du reste les propres termes :

« Même lorsque le sujet est en état de jeûne, la circulation du sang dans la veine porte est extrêmement active : Chez un chien de 20 kilogrammes le professeur Flügge a trouvé que le débit est de 500 grammes en *une* minute. Admettons que ce chiffre est exagéré, supposons que chez l'homme (et cela paraît bien peu probable) la circulation porte soit relativement de moindre importance, on voit qu'en peu de secondes, surtout si le sujet se trouve en état de digestion, l'hémorrhagie, même par une plaie peu large, sera extrêmement abondante.

En effet, il faut tenir compte de la *tension* du sang qui circule dans l'intérieur d'un vaisseau. Il est clair qu'avec une tension plus élevée, à dimension égale de l'orifice d'écoulement, la quantité de sang épanché sera plus considérable, à cause de la vitesse plus grande d'écoulement. Or la tension du sang dans la veine porte, à cause de l'interposition des capillaires du foie, dépasse de beaucoup la tension veineuse générale. Rosapelly, dans le laboratoire de P. Bert, en introduisant par la veine splénique une canule qu'il poussait jusqu'au tronc de la veine porte, a trouvé que la tension pouvait atteindre 20 millimètres de mercure. Or on sait que dans la veine cave inférieure, au niveau de l'embouchure des veines sus-hépatiques, la tension n'est guère que de 3 à 4 millimètres, qu'elle peut même, pendant l'inspiration, devenir *négative*, et tomber à — 8 millimètres. Il n'y a donc nulle parité entre la tension porte et la tension dans les autres gros troncs veineux.

En cas de piqûre, une ligature latérale est-elle possible ? A la rigueur, si la piqûre se trouvait sur le tronc lui-même, malgré la difficulté de l'opération, une telle ligature pourrait être tentée, et on conçoit qu'elle puisse sauver le blessé. Mais sur l'une ou l'autre des deux branches cette opération semble impraticable. On en comprend parfaitement *l'impossibilité absolue dans les cas où la plaie veineuse, comme cela existait dans un cas désormais historique, se trouve non sur la demi-conférence libre de c s veines, mais sur celle qui est creusée dans le foie.*

Supposons maintenant une plaie large de l'une des deux branches terminales, admettons qu'elle soit visible et qu'il soit possible de lier le vaisseau en amont et en aval de la plaie, cette double ligature arrêtera assurément l'hémorrhagie ; mais elle amènera

aussi, d'une part l'interruption de la circulation dans un des lobes du foie, c'est-à dire la suppression, non négligeable, du fonctionnement d'une portion considérable de l'organe hépatique, et, d'autre part, elle produira encore une gêne notable de la circulation dans la veine porte, c'est-à-dire une forte augmentation de volume de la rate, une congestion extrême de la muqueuse intestinale, etc. Avec de pareils troubles apportés à la fonction hépatique et aux autres viscères abdominaux, la vie pourrait-elle être conservée ? — La réponse à cette question ne saurait être actuellement donnée, car il faudrait des faits pour la trancher.

Quant à la brusque interruption totale du cours du sang porte par suite de compression ou de ligature extemporanée du tronc de ce vaisseau, elle n'est pas compatible avec la vie. Les chiens succombent en deux heures et quelquefois beaucoup plus rapidement. A l'autopsie, le réseau veineux mésaraïque est gorgé de sang, et la rate a pris un volume colossal.

Si la mort, dans le cas de ligature de la veine porte, tient *en partie* à la stase du sang dans les réseaux splénique et mésaraïque, serait-il possible de la conjurer en abouchant le bout périphérique de la veine porte à la veine cave inférieure ? Un chirurgien russe Eck, l'a pensé, et a, le premier, réalisé cette intéressante opération.

Tout récemment, le professeur Queirolo (de Pise) a singulièrement perfectionné, à certains égards, le manuel opératoire, de telle sorte que l'opération est devenue relativement si facile, au moins chez le chien, que, sans être chirurgien, je l'ai plusieurs fois pratiquée dans ces derniers temps, dans un but spécial, celui de supprimer la fonction physiologique du foie. Voici comment je procède en suivant assez exactement le manuel décrit par le professeur Queirolo :

Incision sur la ligne blanche partant de l'appendice xiphoïde et allant à quelques centimètres du pubis. L'opérateur placé à gauche attire en dehors et à gauche les anses intestinales et met à nu la veine cave inférieure qui est liée entre l'abouchement des rénales et l'origine des iliaques primitives ; à l'embouchure des rénales, on comprime la veine cave avec une pince plate, et on la coupe entre la pince et la ligature. On isole alors la veine porte qu'on lie aussi près que possible du hile du foie. A quelques centimètres en amont on place une pince plate et on coupe la veine près de la ligature ; le bout inférieur est engagé dans une virole à peu près de la forme d'un rond de serviette et on en coiffe cette virole ; de telle sorte que la membrane interne se trouve à l'extérieur , on lie la veine ainsi disposée sur la virole ; puis on engage le tout dans le bout supérieur de la veine cave ; on lie et il ne reste plus qu'à enlever les deux pinces plates pour que le sang porte coule dans la veine cave. Grâce à l'adossement des membranes internes, une cicatrice solide pourra ultérieurement être constituée.

Telle est, décrite dans ses traits essentiels, cette opération qu'on fait facilement chez le chien, en une demi-heure. Malheureusement, les suites en sont le plus souvent mortelles, de sorte que, si elle est devenue simple, l'opération de Eck est restée fort grave. L'analyse des causes de la mort m'entraînerait loin et demanderait de forts longs développements. Eck avait espéré que cette opération pourrait être utile dans certains cas de cirrhose du foie. Il est fort douteux qu'on se décide à y recourir chez des cirrhotiques. A coup sûr elle ne pourrait être utilisée dans les cas de blessure de la veine porte; le temps ferait défaut. »

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Accidents causés par le chloralose. — Traitement du sycosis des narines. L'iodure de rutidium

Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de parler des accidents consécutifs à l'administration du chloralose. M. Touvenaint vient de rapporter, à la Société de thérapeutique, deux nouveaux faits qui prouvent que l'on doit se montrer prudent dans l'administration du médicament. Un de ses malades, âgé de 61 ans, diabétique, prend, sur son conseil, à 10 heures du soir, un cachet de 20 centigrammes de chloralose, le sommeil vient assez rapidement. A minuit, le malade se réveille, il veut se lever et uriner; il est comme ivre, a beaucoup de peine à se tenir debout et dit à sa femme qu'il se sent tout engourdi, quoique n'ayant plus du tout sommeil. Il se recouche, et un quart d'heure après, ne dormant pas, il prend un second cachet de 20 centigrammes. Il se rendort et, à 3 heures du matin, il se réveille en proie à un malaise qui inquiète beaucoup son entourage.

Le malade est pris d'un tremblement généralisé, plus accentué, toutefois, aux membres supérieurs. Il est incapable d'ouvrir les yeux et n'entend plus les personnes qui lui parlent; il prononce des phrases incohérentes, comme cela se produit pendant l'anesthésie chloroformique. Il fait des efforts pour se soulever sur son lit, mais il retombe presqu'aussitôt, comme engourdi. Il a des nausées fréquentes, mais ne vomit pas. On lui présente à boire un peu d'eau sucrée, car il paraît avoir soif, mais il ne peut avaler le liquide.

Effrayée, la femme du malade envoie chercher M. Touvenaint, et, quand il arrive, il trouve le malade dans l'état ci-dessus, la torpeur un peu moins accusée pourtant. Il ouvre les yeux quand on l'appelle, mais les referme tout de suite; les paupières sont lourdes, les pupilles sont très dilatées, la langue est sèche. La peau est froide, le pouls faible et très lent, comme les battements du cœur. Les membres sont encore agités de soubresauts et de tremblements.

Il est absolument impossible d'obtenir de lui la moindre réponse. Il demande qu'on le laisse tranquille, comme s'il avait sommeil; mais il ne reste pas un instant en repos dans son lit, se tournant et se retournant sans cesse. Il a eu une évacuation involontaire d'urine et de matières fécales.

M. Touvenaint fit administrer un lavement de café noir, posa des sinapismes et fit des injections sous-cutanées de caféine et d'éther. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes alarmants disparurent peu à peu, mais ce ne fut que le lendemain vers onze heures du matin qu'ils furent complètement dissipés.

Dans un autre cas, une dose de 40 centigrammes en deux cachets produisit les mêmes phénomènes et, de plus, des vomissements.

Traitement du sycosis du vestibule des fosses nasales

M. le docteur A. Courtade a insisté sur ce point que, confondus par certains auteurs, l'eczéma et le sycosis du vestibule des fosses nasales sont très distincts au point de vue clinique; le sycosis, en effet, est une affection inflammatoire des follicules pileux.

Au début, l'examen révèle l'existence d'une ou de plusieurs pustules séparées par un espace de peau saine; chaque pustule est traversée par un poil qui s'arrache facilement, dont la racine, tuméfiée en massue, est molasse et de couleur blanche.

Lorsque les pustules sont nombreuses, après dessiccation, elles forment des croûtes plus ou moins épaisses qui peuvent faire croire à l'existence de l'eczéma.

Lorsque l'affection est négligée, la peau du nez se tuméfie, devient rouge, le nez est douloureux à la moindre pression, surtout quand le malade veut se moucher.

La présente des croûtes incite le malade à les arracher violemment, soit pour faire cesser la sensation de gêne soit pour désobstruer la narine encombrée qui n'est plus perméable à l'air.

Le sycosis du vestibule du nez a une grande tendance à persister longtemps si un traitement rigoureux ne s'oppose pas à sa marche envahissante ; il peut, en effet, franchir les limites du vestibule et gagner la lèvre supérieure. Chez un des malades de M. Courtade, dont l'affection remonte à quatre ans, on voit la moustache envahie dans le voisinage du vestibule du nez, et les croûtes sont si épaisses qu'elles gênent considérablement la respiration nasale.

Le sycosis récidive facilement, certains malades présentent une poussée à chaque coryza un peu intense.

Le traitement de cette affection microbienne doit être antiseptique. Il doit viser : 1° à modifier la qualité des secrétions nasales ; 2° à désinfecter les foyers purulents.

S'il existe de la rhinite chronique, les irrigations nasales avec de l'eau tiède boriquée rendront de grands services ; si la sécrétion nasale est peu abondante ou simplement muqueuse, les bains de nez suffiront à ramollir et à détacher les croûtes.

Schnuegelan conseille de placer pendant douze heures, dans la narine malade, un tampon d'ouate imbibé d'une solution de sublimé à 1 pour 1,000 ou 2,000.

Lublinski fait enduire le tampon de la pommade suivante :

Sous-nitrate de bismuth.. }	àà 1 gramme
Précipité blanc......... }	
Vaseline.................	10 —

Leistikow, après une irrigation nasale avec une décoction d'écorce de quinquina à 5 pour 100, introduit dans la narine un crayon médicamenteux à l'oxyde de zinc et à l'ichtyol.

Le salol camphré est l'antiseptique qui a donné les meilleurs résultats à M. Courtade.

Quand l'affection est limitée à quelques follicules, il faut ouvrir les pustules, enlever l s poils peu adhérents qui les traversent, puis badigeonner le vestibule avec un tampon d'ouate imbibé de salol camphré. On renouvelle le badigeonnage plusieurs fois par jour, surtout si le malade mouche fréquemment et si les sécrétions nasales sont muco-purulentes.

Quand les croûtes sont épaisses, adhérentes, il faut se garder de les arracher avec violence, car on s'expose ainsi à de nouvelles inoculations ; il faut les ramollir avec des lotions fréquentes d'eau boriquée chaude, avant de les détacher ; quand la peau du vestibule est dégagée, on badigeonne largement avec le tampon d'ouate en pressant un peu de manière à faire pénétrer l'antiseptique dans les culs-de-sac, les dépressions et les fissures qu'a produites la maladie.

Le salol camphré forme une sorte de vernis protecteur antiseptique qui empêche la propagation de l'inflammation aux follicules voisins et permet aux follicules malades de se cicatriser rapidement.

Grâce à ce mode de traitement, M. Courtade a pu guérir en quelques jours des sycosis du vestibule qui duraient depuis plusieurs mois.

— L'iodure de rutidium est-il digne d'entrer dans l'arsenal thérapeutique ? C'est l'avis de M. Vogt qui a pu constater les bons effets de ce nouveau sel. Le goût en est peu accentué et les malades l'acceptent beaucoup plus facilement que les iodures ordinaires. Un malade de M. Vogt n'a vu apparaître les premiers symptômes de pharyngite et quelques pustules d'acné qu'après six jours de traitement, tandis qu'avec l'iodure de potassium ses effets se manifestent déjà au deuxième jour du traitement. Dans un cas de céphalée-syphilitique, M. Vogt put juguler le symptôme en quatre jours sans que la ma-

lade ait à se plaindre des accidents pénibles qui suivaient chez elle l'administration de l'iodure de potassium. Le nouveau produit conviendrait dans les cas où un traitement ioduré prolongé à petites doses ne peut être institué à cause de la susceptibilité individuelle du malade.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1894. — Présidence de M. Rochard au début de la séance : MM. Revilliod et Séguin sont élus correspondants étrangers.

Présence du bacille tuberculeux dans les fosses nasales

M. le professeur **Straus** apporte des expériences nouvelles et très intéressantes, relatives à la diffusion du bacille de la tuberculose. Il a réussi à mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux virulents à l'intérieur de la cavité nasale d'individus parfaitement sains, fréquentant des locaux habités par des phtisiques.

Les expériences de M. Straus ont été faites à la Charité sur des infirmiers et sur un certain nombre d'élèves en médecine, *tous bien portants* et sans soupçon de tuberculose. Chez ces différents sujets, on recueillit, avec les précautions voulues, les poussières et les mucosités contenues dans les cavites nasales et on les inocula à des cobayes dans le péritoine, 29 cobayes ont été ainsi inoculés avec les produits provenant de 29 individus, 9 de ces cobayes devinrent tuberculeux ; et la nature tuberculeuse des lésions fut toujours vérifiée par la constatation du bacile.

Ainsi, sur 29 individus sains ou du moins absolument indemnes de tout indice de tuberculose, mais séjournant plus ou moins longtemps dans les salles d'hôpital, 9 hébergeaient le bacille de la tuberculose, pleinement virulent, dans les cavités des fosses nasales. Les cas positifs figurent donc dans la proportion inattendue et effrayante de presque *un tiers*. Parmi ces cas positifs, 6 se rapportent à des infirmiers vivant à l'hôpital, balayant les salles, secouant les objets de literie ; sur 3 malades atteints d'affections étrangères à la tuberculose; mais depuis plusieurs mois à l'hôpital, 1 donna un résultat positif; enfin, parmi 7 élèves du service, qui ne passent que quelques heures par jour à l'hôpital, 2 (dont l'interne) avaient des bacilles virulents de la tuberculose dans leurs cavités nasales.

Depuis les travaux de Villemin et de Koch, on s'accorde à regarder les crachats des phtisiques, desséchés et flottant dans l'air, comme les agents par excellence de l'infection tuberculeuse. Cornet, dans un travail bien connu, a montré que l'air des locaux habités par des phtisiques peut charrier des poussières virulentes et tuberculeuses.

M. Straus a pu serrer ce problème de plus près. Il ne s'agit plus simplement de montrer que, dans les salles d'hôpital et dans les appartements occupés par des phtisiques, l'air peut contenir des poussières chargées de bacilles de la tuberculose. On sait désormais que ces bacilles pénètrent et séjournent, avec la plénitude de leur virulence, à l'intérieur des fosses nasales, chez des individus, du reste absolument sains, passant un temps plus ou moins long dans l'entourage des phtisiques.

Il n'est pas besoin d'insister sur la portée de ces faits nouveaux. Ils établissent, d'une façon directe et décisive, combien sont abondants les germes de la tuberculose dans l'atmosphère des locaux habités par les phtisiques. Ils permettent, en outre, de saisir sur le vif le mécanisme de l'infection par inhalation chez l'homme, et sa première étape, à l'entrée des voies respiratoires.

De la névrotomie dans les gangrènes douloureuses

M. Verneuil lit un rapport sur une observation de névrotomie communiquée à l'Académie le 5 décembre 1892, par M. Quénu. Le malade, âgé de 75 ans, avait vu son pied droit et une partie de la jambe se gangréner à la suite d'une longue course faite dans la neige. L'état général contre-indiquant une intervention radicale, M. Quénu, pour calmer les souffrances atroces du malade, pratiqua : 1° dans le nerf poplité, la névrotomie avec résection, d'un segment des nerfs sciatiques poplités interne et externe et du nerf saphène interne ; 2° la résection du nerf saphène interne dans le canal de Hunter. Dès le même soir, l'opéré ne ressentait plus qu'au niveau de la molléole externe de légères douleurs qui se dissipèrent, du reste, entièrement dans les jours suivants. On pratiqua de suite dans les parties gangrénées de larges incisions dans lesquelles on fit pénétrer de l'acide phéniqué et de la créosote pour achever la momification. Bientôt le sillon de séparation entre le mort et le vif se prononça et on fit l'amputation un peu au-dessous de lui, dans le mort, sans provoquer la moindre douleur. Il ne s'écoula pas une goutte de sang de la profondeur, grâce à la précaution prise de traverser le moignon avec deux fortes aiguilles droites au-dessous desquelles on enroula une ligature élastique circulaire qu'on laissa en place quelques jours.

On dut pratiquer ultérieurement deux opérations nouvelles pour régulariser le moignon et finalement la guérison fut complète. Du côté gauche il s'était produit de petites escharres qui se détachèrent facilement.

M. Verneuil insiste sur ce fait que le père du malade était mort à 70 ans d'une gangrène sèche. Pour lui le point capital de l'observation est l'introduction de la névrotomie à distance dans le traitement de la gangrène des membres pour combattre le symptôme douleur. On remarquera que cette névrotomie a non seulement fait cesser les douleurs, mais que de plus la vitalité s'est rétablie dans une zone suspecte de la cuisse où elle semblait fort compromise. Donc, les sections nerveuses, accusées si catégoriquement par nombre d'auteurs de compromettre gravement sinon de suspendre la vie dans les tissus, peuvent tout au contraire, en certains cas, qui restent à déterminer, agir tout différemment et rétablir une nutrition quasi-normale dans des parties où elle était profondément troublée, fait d'une interprétation difficile, mais que M. Verneuil a plusieurs fois observé.

Opération césarienne multiple

M. Guéniot : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie deux jeunes femmes, Jeanne N... et Eugénie R..., sur lesquelles j'ai dû pratiquer quatre fois l'opération césarienne, deux fois sur chacune d'elles. Par une curieuse coïncidence, chez toutes deux, la seconde grossesse atteignit son terme presque à la même date. Aussi, les deux opérations qui s'ensuivirent eurent-elles lieu à peu de jours d'intervalle, le 21 mai dernier chez l'une, et le 28 mai chez l'autre. Leurs suites furent des plus simples, et la santé des deux femmes promptement rétablie.

La première césarienne de l'une remonte au 14 janvier 1891, et celle de l'autre, au 17 décembre 1892 ; ce qui représente, pour Jeanne, un intervalle de trois ans quatre mois et sept jours entre ses deux opérations, et pour Eugénie, seulement un intervalle de dix sept mois et onze jours.

Les quatre enfants issus de ces diverses opérations naquirent vivants. Le premier est une petite fille actuellement âgée de trois ans et demi et qui, sous tous les rapports, s'est parfaitement développée.

J'ai présenté le second (également une fille) ici même, dans la séance du 31 janvier 1893, en notant que sa conformation offrait certains traits de rachitisme congénital. Elle était alors âgé de six semaines.

Quant aux deux derniers nés, ils sont l'un et l'autre en bonne voie de développement; ce sont deux garçons qui, à leur naissance, pesaient chacun près de trois mille grammes. L'un est aujourd'hui âgé de 43 jours, et l'autre de 36 jours. Celui-ci, fait curieux à signaler, présente comme sa sœur des traits accusés de rachitisme héréditaire.

Les mères, ainsi qu'on peut le voir, sont de très petite taille et contrefaites. L'une d'elles, Eugénie R., est même une véritable naine, car elle ne mesure qu'un mètre quinze centimètres. Toutes deux portent les stigmates d'un rachitisme très intense. Chez l'une et chez l'autre, le bassin est profondément vicié; celui de la naine offre à peine quatre centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. C'est en raison de ces viciations que, dans les quatre grossesses sus-indiquées, j'ai cru devoir intervenir par l'opération césarienne.

L'histoire de ces accouchements présente d'intéressants détails que je me réserve de faire bientôt connaître. Pour aujourd'hui, qu'il me suffise de mentionner les quelques points suivants :

1° Préférant choisir le jour et l'heure de mon intervention, c'est vers la fin de la grossesse et sans attendre l'apparition du travail, que je me décidai à opérer.

2° Trois fois sur quatre, je rencontrai le placenta sous mon bistouri, ce qui occasionna, pour chacune des trois opérations, une perte d'environ cinq cents grammes de sang. Dans le quatrième cas, au contraire, l'hémorragie fut de médiocre importance. Il s'agissait cette fois de la seconde césarienne d'Eugénie R.

3° Chez cette jeune femme (la naine), je retrouvai tout à fait intacts, au cours de l'opération, les points de suture que j'avais établi dix-sept mois et onze jours au paravant, lors de la première césarienne (17 décembre 1892).

4° On sait qu'en vue de soustraire la femme aux dangers éventuels d'une nouvelle grossesse, une certaine pratique consiste à faire suivre l'extraction de l'enfant, soit de l'amputation utéro-ovarique, soit de la ligature des trompes. D'après l'exposé qui précède, on a pu voir que, dans aucun cas, je n'ai suivi de tels errements; sans quoi, les deux enfants derniers nés n'auraient jamais vu le jour. Du reste, à ces deux exemples, je puis en ajouter un troisième qui n'est pas moins significatif.

L'Académie n'a peut-être pas oublié que, le 9 février 1892, j'eus l'honneur de lui présenter, avec son enfant, une femme que j'avais opéré de la césarienne trois mois auparavant. Il s'agissait d'une femme qui, très gravement atteinte d'ostéomalicie au moment de son accouchement, se trouvait complètement guérie trois mois plus tard; et cela, quoique je n'eusse touché ni à ses ovaires ni à ses trompes. Or, cette femme redevint bientôt enceinte sans que le ramollissement des os reparut.

Le 13 juin 1893, cette nouvelle grossesse étant heureusement parvenue à son terme, je pus extraire — cette fois à l'aide de la symphiséotomie — un enfant aussi bien portant que l'était son aîné, le césarien. Et la mère se rétablit promptement de cette symphiséotomie comme dix-neuf mois aupavavant, elle s'était rétablie de la césarienne tout en gardant son utérus et ses ovaires.

Comparée aux procédés mutilateurs, la méthode conservatrice montre donc ici une incontestable supériorité.

Sur de nouveaux corps chimiques de la série quinique

M. Laborde lit à l'Académie un travail de MM. Grimaud et Arnault en une nouvelle série quinique.

La *cupréine* retirée du *quina cuprea* est un alcaloïde-phénol, dont la quinine est l'éther méthylique, comme le montre la transformation de la cupréine en quinine réalisée par Grimaud et Arnaud.

Le même procédé synthétique a permis d'obtenir les homologues de la quinine, la

cupréine éthylique ou *quinéthyline* et la cupréine propylique ou *quino-propyline*, de sorte que l'on connaît aujourd'hui la série suivante d'alcaloïdes analogues :

$C^{19}H^{21}B^{2}O,OH$......... Cupréine.
$C^{19}H^{21}A^{2}O,OCH^{3}$....... Quinine. (Cupréine méthylique)
$C^{19}H^{21}A^{2}O,OC^{2}H^{5}$....... Quinéthyline. (Cupréine éthylique)
$C^{19}H^{21}A^{2}O,OC^{3}H^{7}$........ Quino-propyline. (Cupréine propylique).

L'étude physiologique de ces trois bases faite individuellement, et comparativement entre elles et avec la quinine, par Laborde et Grimaux a montré que, comme le faisaient prévoir leur constitution chimique et le poids moléculaire de leurs radicaux substitués, leur activité sur l'organisme allait en croissant depuis la cupréine jusqu'à la quino-propyline, qui couronne, sous ce rapport, la série.

Cette action qui reproduit et représente, d'ailleurs, fondamentalement, l'action de la quinine, et le *quinisme physiologique*, s'en distingue, cependant, par ce fait que, tandis que la quinine ne provoque, dans l'état physiologique, qu'un effet antithermique peu marqué, à peine appréciable, cet effet est remarquablement accentué et prédominant avec la série des substances nouvelles ; et c'est à la quino-propyline qu'appartient la prééminence à cet égard, son activité physiologique, étant toutes choses égales, d'ailleurs, supérieure à celle de ses congénères.

Avec l'action *hypothermique* coïncident les effets modificateurs de la sensibilité générale ou *analgésiante*, qui vont constamment de pair, ainsi que Laborde l'a depuis longtemps démontré.

Les résultats de l'étude expérimentale rapprochés des considérations analogiques tirées de la provenance et de la composition chimiques, permettaient de pressentir des applications thérapeutiques importantes, que l'essai de la cupréine avaient déjà révélées dans un cas de rhumatisme fébrile, dans lequel les phénomènes douloureux et l'hyperthermie avaient été promptement jugés (Laborde).

M. le docteur Bourru, médecin en chef de la marine, à Rochefort, s'est chargé de reprendre et de poursuivre cette application et cette étude thérapeutiques, avec les trois alcaloïdes de la série nouvelle, sous la forme des sels solubles ci-après : *chlorhydrate de cupréine*, *sulfate de quinéthyline*, *sulfate de quino-propyline* : et les résultats qu'il a obtenus sont très intéressants.

Il résulte en effet des recherches de M. Bourru :

Que les sels de *cupréine* ne sont pas d'une activité bien marquée en thérapeutique.

Que les sels de *quinéthyline* peuvent prendre une place importante à côté des sels de quinine, à cause de leur puissance antipériodique plus grande et de leur faible toxicité.

Que les sels de *quinopropyline* ne paraissent pas avoir le même avenir comme médicaments antipériodiques, parce que leur action n'est pas de beaucoup supérieure à celle des composés à base de quinéthyline, tandis que leur action est beaucoup plus élevée.

Mais, comme *antithermique*, il y a lieu de faire des recherches sur la *quinopropyline*, qui pourrait bien être appelée à rendre de grands services dans les fièvres infectieuses continues.

— M. Constantin Paul présente un diabétique guéri d'une gangrène des orteils par des bains d'oxygène et des bains antiseptiqnes.

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les candidats au titre d'associé national. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : *en première ligne*, M. Jacquemin (de Nancy) ; *en deuxième ligne* et *ex æquo*, MM. Andouard (de Nantes) et Schlagdenhauffen (de Nancy).

COURRIER

Concours de l'internat de Paris. — Le prochain concours de l'internat s'ouvrira le samedi 24 octobre, à midi précis. Le registre d'inscription, ouvert le lundi 10 septembre, sera clos le mercredi 10 octobre.

Concours de l'externat de Paris. — Le prochain concours de l'externat s'ouvrira le jeudi 25 octobre à quatre heures précises. Le registre d'inscription restera ouvert du lundi 10 septembre au samedi 6 octobre.

Les candidats qui seront appelés sous les drapeaux à la fin de cette année seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les élèves actuellement sous les drapeaux et qui se seront fait inscrire pour le concours seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de leur libération du service militaire.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Clavelier est institué chef de clinique ophtalmologique (emploi nouveau).

Concours pour une place de chirurgien des hopitaux de Lyon. — Le lundi 17 décembre 1894, il sera ouvert un concours public pour une place de *chirurgien des hôpitaux.*

Le candidat nommé remplira les fonctions de chirurgien suppléant jusqu'à ce qu'il succède par rang de nomination à un chirurgien des hôpitaux. Le chirurgien des hôpitaux restera en fonctions jusqu'au jour où il atteindra l'âge de 55 ans. Le traitement est fixé à 2,000 francs.

D'après les termes de cette affiche les concours de chirurgie à Lyon sont modifiés sur trois points principaux : La durée des fonctions n'est plus de dix-huit ans, le titre de chirurgien-major est supprimé, et les chirurgiens seront appelés par rang d'ancienneté à choisir dans les divers hôpitaux les services à leur convenance.

Dans quelques vingt ans, il n'y aura donc plus dans les hôpitaux de Lyon, ni aide-major, ni chirurgien-major, expressions qui remontaient au siècle dernier, et qui plus d'une fois ont valu aux chirurgiens de cette ville d'être considérés comme étant sous les ordres du ministre de la guerre.

Hommage a Carnot. — Le conseil d'administration des hospices civils de Lyon a donné le nom de salle du Président Carnot à une annexe que le président de la République devait visiter lors de son dernier voyage.

Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de 1894, à Caen. — L'Association française pour l'avancement des sciences se réunira, cette année, à Caen, du 9 au 15 août prochain.

— Par suite des événements actuels, l'inauguration officielle du magnifique bâtiment de l'Institut agronomique de Nancy, par les ministres de l'instruction publique et de l'agriculture, fixée au dimanche 1er juillet, est renvoyée à une date ultérieure.

— Le Conseil municipal de Paris a voté une somme de 1,000 francs pour le Congrès d'hydrothérapie marine qui doit se tenir à Boulogne, du 25 au 29 juillet prochain.

Les chalets de nécessité a Paris. — Sur le rapport de M. Patenne, l'administration st saisie d'une proposition tendant à l'édification sur la voie publique de cents nouveaux chalets urinoirs, spécialement réservés aux femmes. Il y a longtemps que nous avons plaidé cette cause.

— Les médecins de l'armée territoriale, dont l'appel devait avoir lieu du 27 août au 8 septembre, accompliront leur période d'instruction du 6 au 18 septembre.

Les médecins seront convoqués de manière à pouvoir remplacer éventuellement, dans

es villes de garnison, les médecins de l'armée active qui prendront part aux manœuvres.

Il n'est d'ailleurs apporté aucun changement aux dates fixées pour l'appel des médecins de réserve.

JUGEMENT DU TRIBUNAL DE VERSAILLES SUR LA VALABILITÉ LÉGALE DE LA CESSION D'UNE CLIENTÈLE MÉDICALE SOIT PAR LE MÉDECIN LUI-MÊME, SOIT PAR SES HÉRITIERS.

Voici les considérants de ce jugement :

« Attendu que la vente pure et simple d'une clientèle médicale est nulle ; qu'il s'agit là, en effet, d'une chose dont le cédant ne pouvait disposer, puisqu'elle résulte uniquement du choix et de la confiance des intéressés ;

Attendu qu'en l'espèce, les conventions verbales intervenues entre les parties ne portent pas seulement sur la clientèle du docteur A...;

Que, d'une part, ainsi que cela résulte d'une reconnaissance, en date du 21 janvier 1892, laquelle sera enregistrée en même temps que le présent jugement, les demandeurs au principal se sont engagés à présenter le docteur B... comme seul successeur du docteur A...;

Que, d'autre part, ils lui ont cédé le droit au bail de l'immeuble où le docteur A... exerçait sa profession ;

Attendu que ces clauses, qui sont de nature à procurer à l'acquéreur un avantage réel, ne sont pas contraires à la loi ;

Attendu que la veuve A... a remis à B... la liste des clients du docteur A..., et qu'elle justifie l'avoir présenté comme son successeur, comme elle s'y était engagée, et ce dans la mesure de ses moyens, la femme d'un médecin connaissant peu ou point les clients de son mari ;

Attendu que B..., qui avait traité après le décès du docteur A..., ne pouvait compter sur une présentation plus effective, son prédécesseur n'y étant plus pour l'accompagner et le recommander aux clients ;

Attendu qu'en fait cette présentation avait même précédé les conventions verbales ; qu'il est établi, en effet, que B... avait, à différentes reprises, remplacé le docteur A..., notamment pendant sa dernière maladie ;

Attendu qu'aussitôt après le décès du docteur A..., B... s'était installé dans sa maison, ou tout au moins dans son cabinet, où il a pu de suite recevoir les clients auprès desquels aucune présentation n'est nécessaire, la plupart d'entre eux venant uniquement parce qu'ils savaient trouver un médecin dans cette maison ; qu'ainsi B... a immédiatement tiré un profit du contrat intervenu ;

Attendu, d'autre part, que le bail cédé à B... est d'une durée relativement longue, avec la faculté, pour le preneur seul, de le résilier à certaines époques, si bon lui semble ; qu'ainsi, B... a été, autant que possible, mis à même de remplacer le docteur A... ; que, s'il n'a pu conserver toute sa clientèle, il ne peut s'en prendre qu'à lui seul ;

Attendu que, dans ces conditions, le contrat intervenu entre la veuve A... et le docteur B... n'a rien d'illicite ; que les demandeurs ayant rempli leurs engagements, B... ne saurait, sous aucun rapport, en demander la nullité ;

Par ces motifs, dit B... mal fondé en sa demande reconventionnelle, l'en déboute et le condamne aux dépens. »

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Audibert et Tavernier (de Lyon), Dufour (de Montluçon), Gundelach (de Paris), Lemoyne (d'Audierne) et Vallat (de Marcillac-la-Croisille).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT. Imp. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale : Les toxines microbiennes — II. E. Rochard : La Société de chirurgie. — III. Intérêts professionnels : Le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Thérapeutique appliquée. — VI. Courrier.

REVUE GENERALE

—

Les toxines microbiennes (1)

II. *Tétanos.* — L'étude des toxines tétaniques est du plus haut intérêt. Le bacille de Nicolaïer, on le sait, reste localisé au niveau de son foyer d'inoculation où il forme une culture restreinte. Comment donc le tétanos devient-il une affection des plus graves? C'est par suite de la diffusion dans l'organisme du poison fabriqué par le bacille. Les premières recherches furent celles de Brieger qui isola des ptomaïnes qu'il appela tétanine, spasmotoxine et tétanotoxine et avec lesquels il put reproduire la plupart des symptômes de la maladie. Mais ces substances avaient été extraites de cultures impures, et Kitasato et Weil opérant alors sur les cultures renfermant le seul bacille tétanique n'ont retrouvé que la tétanine et des traces de tétanotoxine et encore ces bases se montrèrent-elles fort peu toxiques de telle sorte qu'il était impossible avec elles de reproduire le tétanos.

En 1890, Faber avait pu provoquer le tétanos en injectant à des animaux des cultures filtrées; la toxicité du liquide était détruite par le chauffage à 65° et par l'addition d'alcool; aussi pour Faber s'agissait-il d'une diastase toxique. La dose active du liquide peut être petite; un centmillième de centimètre cube donne le tétanos à la souris, et un 500e, un 800e de centimètre produit chez le cobaye un tétanos mortel en 50 ou 60 heures. On peut tuer le cobaye en trois jours avec un millième de centimètre cube. Le poison n'a pas d'action s'il est introduit par les voies digestives.

Tizzoni et Cattani constatèrent que le bacille de Nicolaïer produit la toxine dans les cultures sur gélatine mais non dans celles sur bouillon; ils notèrent aussi que l'alcool modifie cette toxine, que le chauffage pendant une demi-heure à 68° la rend inactive, qu'elle ne dialyse pas.

Vaillard et Vincent sont arrivés à peu près aux mêmes résultats dans leurs travaux sur le bacille du tétanos; ils ont, de plus, montré que la toxicité du liquide filtré est détruite par l'exposition à l'air et au soleil. L'inoculation de cultures pures sporulaires de bacille tétanique, préalablement débarrassé des toxines par les lavages ou la chaleur, ne provoque pas le tétanos; les leucocytes englobent immédiatement spores et bacilles et les détruisent. Mais si les leucocytes ne peuvent remplir suffisamment leur rôle, les spores et les bacilles se développeront et sécréteront leur toxine.

Vaillard et Vincent ont beaucoup insisté sur les rapports qui existent entre la diphtérie et le tétanos et il est probable pour eux que dans les deux maladies les poisons sont des diastases.

Mentionnons encore que, d'après Courmont et Doyon, le bacille de Nicolaïer agirait par l'intermédiaire d'un ferment qui, aux dépens de l'organisme, élaborerait une substance tétanisante.

D'après Bruschetti et Camara-Pestonat, la diffusion du poison se fait le

(1) *Suite.* — Voir *Union médicale* du 23 juin 1894.

long du système nerveux par l'intermédiaire de la voie sanguine. Le poumon, le rein et surtout le foie emmagasineraient le principe toxique qui s'éliminerait peu à peu par les urines. Cependant Roux et Vaillard ont trouvé la toxine dans le sang, le lait, la salive, l'humeur aqueuse.

En résumé, le bacille de Nicolaïer n'agit qu'en fabriquant un poison qui se diffuse dans l'économie et dont la constitution se rapproche de celle des diastases.

III. *Diphtérie.* — Les recherches sur les toxines du bacille de la diphtérie sont surtout dues à Roux, à Yersin et à Loffler. Comme on le sait, ce bacille reste localisé, sur un ou plusieurs points lésés (muqueuse bucco-pharyngienne, muqueuse génitale, sur face dénudée d'un vésicatoire) et n'envahit pas l'organisme. La maladie est produite par la ou les substances toxiques sécrétées par le bacille et que les voies d'absorption prennent au niveau de la culture.

Roux et Yersin ont trouvé que lorsque l'on fait passer à travers un filtre Chamberland des cultures du bacille diphtérique, le liquide privé de bacilles est toxique pour les animaux et provoque chez eux des symptômes graves précédés d'une incubation ; on peut obtenir des effets identiques, des paralysies par exemple, avec le liquide filtré et les bacilles. Le chauffage au delà de 60°, détruit ou affaiblit le poison qui est insoluble dans l'alcool et est facilement entraîné par les précipités tels que celui de phosphate de chaux, que l'on fait apparaître au sein du liquide. Des doses très minimes du poison sont très actives. Quatre dizièmes de milligramme du résidu sec obtenu par l'évaporation d'un bouillon de culture filtré, renferment certainement beaucoup d'autres substances que le poison diphtérique et cependant cette dose suffit pour tuer au moins 8 cobayes de 400 grammes. L'inoculation du poison reproduit presque toutes les lésions de la diphtérie.

IV. *Fièvre typhoïde.* — En 1885, Brieger a pu extraire de cultures vieilles du bacille typhique une ptomaïne à laquelle il donna le nom de typhotoxine. Cette typhotoxine a été obtenue cristallisée sous la forme d'une poudre blanche. Dans un autre travail, fait en commun avec C. Frankœl, Brieger dit avoir recueilli une toxalbumine peu soluble dans l'eau, qui tue le lapin en quelques jours, sans toutefois provoquer chez lui les lésions qui succèdent à l'injection des cultures pures du bacille d'Eberth. Pour Chantemesse, on n'a pu obtenir jusqu'à présent que des produits très impurs.

V. *Pneumonie.* — G. et F. Klemperer reprenant les expériences de Foa et Bonome, ont admis que la pneumotoxine est une substance albuminoïde soluble dans l'eau et que l'alcool absolu précipite sous forme d'une poudre blanc jaunâtre, amorphe, offrant les réactions générales des substances albuminoïdes. D'après Foa et Carbone, le précipité obtenu dans les cultures par le sulfate d'ammoniaque a des propriétés vaccinantes plus actives que celui obtenu par l'alcool. On peut extraire du vaccin pneumonique des cultures de pneumocoque en faisant digérer ces cultures avec de la glycérine stérilisée. Du reste il y a lieu de distinguer dans les cultures une substance vaccinante et une toxine. Enfin, il y aurait une antipneumotoxine, antitoxique et bactéricide, albuminoïde peut être identique à la substance vaccinante. Emmerich et Tsuboï ont admis l'existence dans l'organisme d'une substance albuminoïde, l'*immunprotéine*, albuminoïde qui se combinerait avec les substances sécrétées par les microbes pour donner l'*immunptoxinpro-*

téine qui resterait dans le sang et les humeurs ; pénétrant dans les microbes au moment de l'infection, elle s'y redécomposerait en ses deux composants et les détruirait ! Ce sont là de simples hypothèses sans preuves.

VI. *Tuberculose.* — Tout le monde connaît l'histoire de la tuberculine de Koch et l'erreur dans laquelle ce savant était tombé en considérant cette substance comme curative. En réalité, il ne s'agit là que d'un mélange impur de toxines modifiées et la fameuse réaction peut être chez les tuberculeux produite par d'autres substances que la tuberculine.

Morts, les bacilles tuberculeux provoquent chez les animaux une « nécro-tuberculose » dont la marche et les lésions rappellent absolument celles de la maladie causée par les bacilles vivants (Straus, Gamaléïa, Grancher, Ledoux, Lebard). Il est certain que le poison tuberculeux est contenu dans les cadavres des bacilles.

Hammerschlag, Zuelzer, Koch, Huner, Klebs ont cherché à isoler le poison sans y être parvenus. Weyl a retiré des bacilles au moyen d'une solution de soude caustique, une substance insoluble dans l'acide acétique qui est toxique et est regardée par l'auteur comme une mucine.

Les cultures du bacille de Koch contiennent un produit provocateur de la dilatation vasculaire qui fait partie de la tuberculine (Bouchard) l'*ectoxine.* Charrier et Le Noir ont retrouvé dans les urines des tuberculeux une substance vaso-dilatatrice, contenue en grande quantité dans les parties insolubles dans l'alcool. Bonardi a retiré des crachats et des urines de tuberculeux des alcaloïdes analogues aux leucomaïnes et d'autres insolubles dans la glycérine.

D'après Helman, le principe actif de la tuberculose serait de la nature des alcaloïdes. Pour Prudden, la prolifération cellulaire du tubercule est due aux bacilles et la dégénérescence caséeuse aux toxines.

VII. *Bacille d'Escherich.* — A. Gilbert a montré l'action toxique des produits solubles du bacille d'Echerich. Cette toxicité varie beaucoup de même que la virulence, et tandis que le bacille pathologique peut donner des produits très actifs, celui qui a vieilli dans les milieux de laboratoire ne produit des substances que d'une toxicité presque nulle; le bacille des fèces engendre des poisons d'une toxicité intermédiaire. Entre autre action les produits du coli-bacille provoquent la diurèse et Gilbert a fait remarquer que les phénomènes qui succèdent à l'injection intra-veineuse de l'urine chez le lapin sont sur un grand nombre de points superposables à ceux qui suivent l'injection des produits solubles du bacille d'Escherich, parce que les poisons intestinaux prennent une grande part dans la toxicité des urines. A l'état normal le foie annihile une partie de ces poisons.

P. Boix, Roger ont aussi étudié l'action des produits solubles du bacille du colon.

VIII. *Microbes divers.* — Dans un beau travail sur les substances solubles toxiques élaborées par le staphylocoque pyogène, Rodet et Courmont ont montré que ces substances sont douées de propriétés différentes ou même opposées. Les cultures âgées d'une vingtaine de jours sont celles qui renferment le plus de substances actives ; en vieillissant les cultures filtrées et chauffées perdent rapidement une partie de leurs propriétés. Les substances précipitables par l'alcool sont plus toxiques chez le chien que le mélange total, parce que les substances antagonistes sont supprimées. Les

substances précipitables par l'alcool ont surtout des effets respiratoires et tétaniques, elles engendrent des néphrites. Les substances solubles dans l'alcool ont sur le chien des effets différents et en partie antagonistes, elles sont plus toxiques dans le mélange et ont surtout des effets cardiaques et anesthésiques. Les produits solubles produits par le staphylocoque pyogène et introduits dans l'organisme du lapin rendent cet animal plus sensible à l'infection. Pour Rodet et Courmont, il y aurait une action toxique sur le centre vaso-dilatateur et arrêt du phagocytisme.

V. Granturco et V. d'Urto ont aussi constaté les propriétés toxiques de cultures stérilisées de staphylocoque doré dans le bouillon. Ils ont vu produire du marasme, des lésions hépatiques et rénales dans lesquelles domine la dégénérescence.

Roger a constaté que le *streptocoque* dans un milieu placé à l'abri du contact de l'air, fabrique des produits toxiques qui tuent le cobaye aux doses de 13 à 20 cc. par kilogramme. Ces produits toxiques sont précipitables par l'alcool et détruits par la chaleur. Débarrassé de cette toxalbumine le bouillon confère une immunité passagère. Les cultures filtrées et non chauffées sont prédisposantes, les cultures filtrées et chauffées à 110° sont vaccinantes. D'après Roger le streptocoque ensemencé sur le sérum des animaux vaccinés produit une culture peu virulente ; pour Mironoff, au contraire, la virulence est la même que dans une culture sur sérum normal.

Pour le bacille pyocyanique, Charrin, Gley, ont aussi noté les différences d'action physiologique des produits insolubles et solubles dans l'alcool.

Il nous resterait, pour être complets, à résumer les recherches poursuivies sur les bacilles de la morve, du charbon, de la blennorrhagie, etc. Mais nous craindrions de fatiguer nos lecteurs et préférons consacrer la fin de cette Revue à l'étude des effets des toxines. Nous exposerons ensuite en détail les résultats obtenus par la sérothérapie.

(*A suivre.*)

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie a entendu, dans sa dernière séance, un long et consciencieux travail d'un de ses membres, M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce, *sur les ostéomes et en particulier sur les ostéomes des cavaliers.* C'est là une question fort délicate non seulement en ce qui a trait à la pathogénie de l'affection, mais disons-le de suite, en ce qui regarde le diagnostic. Tant que les ostéomes sont mobiles, rien n'est plus simple que de ne pas les confondre ; mais quand ils se fixent à l'os, quand ils font corps avec lui, le diagnostic d'exostose se dresse en face de celui d'ostéome et, pour peu même que la tumeur siège aux régions épiphysaires, on ne peut pas ne pas penser à une exostose ostéogénique.

C'est, du reste, ce qu'a fait remarquer M. Michaux à M. Delorme, qui faisait suivre sa communication de la présentation de plusieurs malades, et l'avis de M. Michaux était partagé par plusieurs membres de la Société. Il y a donc un point de la communication de M. Delorme qui donnera certainement lieu à une discussion et nous aurons alors à apprécier les arguments donnés d'un côté et de l'autre.

Pour le moment, reprenons la communication du professeur au Val-de-Grâce qui est, du reste, basée sur plusieurs observations personnelles et sur les travaux de MM. Rigal, Sieur et Hyvert, adressés à la Société de chirurgie.

Les deux premiers cas cités par M. Delorme ont trait à deux ostéomes bilatéraux situés dans le moyen adducteur faisant corps avec le fémur et ayant nécessité une intervention chirurgicale. De ces deux cas, l'un lui appartient, l'autre a été opéré par M. Rigal. Ils se sont terminés tous les deux par la mort due probablement, pour le malade de M. Delorme, à l'intoxication iodoformique, pour le malade de M. Rigal, à de l'infection chronique.

L'autopsie a permis de recueillir les pièces fort curieuses qui, présentées à la tribune, montrent un fémur ayant au niveau de la partie moyenne et sur la ligne âpre, si nous ne nous trompons pas, une longue base d'implantation sur laquelle prenait insertion une tumeur osseuse volumineuse, que M. Delorme présente aussi. Dans le cas de M. Rigal, l'examen histologique a été fait et il montrait qu'il s'agissait d'os jeune ne laissant pas voir de canaux de Havers.

La troisième observation, qui est de M. Hyvert, n'a pas donné lieu à une intervention. La tumeur était trop petite et gênait à peine le malade. Elle faisait aussi corps avec le fémur et était située dans la région du moyen adducteur. De même, chez un quatrième cavalier, la tuméfaction était bien supportée et siégeait, elle, au niveau de l'insertion inférieure du grand adducteur.

Terminons cette énumération des cas rapportés par M. Delorme en citant ceux de M. Sieur, qui intervint deux fois pour enlever des tumeurs situées dans les adducteurs et qui guérit ses malades, et mettons à part les trois dernières observations qui ont trait à des tumeurs osseuses développées dans la région du coude sur la surface antérieure de l'humérus, au niveau du muscle brachial antérieur ou sur le cubitus.

L'orateur aborde alors la question de la pathogénie et discute les différentes opinions déjà émises à ce sujet. Le traumatisme peut-il déterminer une transformation du tissu musculaire? Mais cette explication serait nulle et non avenue pour les ostéomes qui se produisent sans traumatisme. Faut-il invoquer la myosité ossifiante? Certes, dans certains cas, où l'ostéome est mobile, cette explication est fort plausible, et peut être même la seule vraiment raisonnable ; mais, si la tumeur est immobile, fixée sur l'os auquel elle adhère, on peut avoir recours à une autre explication et adopter la théorie de la genèse périostéo-osseuse.

M. Orloff a déjà fait jouer un rôle considérable au décollement du périoste dans la production des ostéomes et M. Berger est partisan de cette interprétation à laquelle M. Sieur se rattache dans son travail. On a même fait des expériences sur le lapin pour mettre en relief cette pathogénie ; mais, d'un autre côté, M. Delorme, même avec des tractions de 150 kilogrammes, n'a pu arriver à décoller le périoste au niveau du moyen adducteur et il y a là un fait assez difficile à expliquer. Enfin, ce qui frappe aussi, c'est, dans certains cas, l'étonnante rapidité de développement de ces tuméfactions.

Au point de vue de la thérapeutique, il ne faut, nous dit M. Delorme, intervenir que lorsque les ostéomes sont douloureux et gênant par leur

volume. On s'efforcera d'arriver jusqu'à la lame compacte, sans trop se préoccuper cependant d'une opération qui aurait été incomplète, car M. Hyvert ne put tout enlever dans un cas et le malade guérit cependant fort bien.

Voilà les principaux points de la communication de M. Delorme qui, comme nous l'avons déjà dit, sera, suivant toute probabilité, le point de départ d'une discussion ultérieure.

Signalons encore une lecture du docteur Alfred Martin sur *l'emploi du bromure déthyle* dans 2,737 interventions et terminons en disant deux mots d'une malade présentée par M. Monod.

C'est une surveillante, atteinte d'*une gangrène phéniquée du pouce* à la suite d'applications répétées du topique si employé. Le côté curieux de cette observation réside dans le titre de la solution qui n'était qu'au centième. Ce à quoi M. Championnière répond qu'il a vu à Saint-Louis des cas analogues et que, pour lui, la gangrène provient non seulement du titre de la solution, mais aussi de la continuité de l'application. Ce à quoi M. Peyrot objecte qu'il fait couramment prendre dans son service aux blessés infectés des bains de trois, quatre et même six et huit heures et qu'il n'a jamais constaté la moindre petite trace de sphacèle.

Eugène Rochard.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

—

Le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie

M. Cornil a déposé le rapport dont il avait été chargé au nom de la commission sénatoriale nommée pour examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. Ce projet a été distribué aux sénateurs. Il contient un certain nombre de dispositions intéressantes que nous allons faire connaître, laissant de côté les articles qui n'innovent rien ou qui n'intéressent pas directement les médecins.

L'article 2 supprime le diplôme de pharmacien de 2e classe. Il est la conséquence logique et prévue de la suppression des officiers de santé. Pourquoi, en effet, conserver deux degrés dans une même profession et laisser supposer que les habitants des campagnes peuvent se contenter de praticiens moins instruits et offrant moins de garanties que ceux des villes, alors surtout que les statistiques démontrent que les pharmaciens de 2e classe s'établissent aussi bien dans les grands centres que dans les petites villes ? Nous ne pouvons nous, médecins, qu'applaudir à une disposition qui nous offrira, dans l'exécution de nos prescriptions, plus de facilités et plus de sécurité. Les pharmaciens eux-mêmes avaient unanimement demandé la suppression de ce sous-diplôme. La loi donne donc, sous ce rapport, satisfaction à tout le monde.

L'article 8, consacré surtout aux établissements de fabrication et de vente en gros des médicaments spécifie que dans le cas de Société en commandite simple ou par action, le ou les gérants devront être nécessairement pourvus du diplôme de pharmacien, et que, dans le cas de Société en nom collectif, le ou les associés pharmaciens seront « seuls chargés de surveiller la fabrication et responsables. » Tel était du moins le texte adopté par la Chambre des députés. La commission sénatoriale y a ajouté un paragraphe qui rend *libres* la fabrication et la vente en gros des substances destinées à la pharmacie. Elle entend par « substances simples » les produits tels que l'iodure de potassium, le sulfate de quinine, l'iodoforme, l'analgésine, le salol, etc..., et les substances tirées du règne végétal comme l'opium, la digitale, la belladone, le quinquina et les extraits.

La rédaction, sinon le principe de ce paragraphe, laisse à désirer. Qu'on puisse vendre en gros des substances comme l'opium dont les boules arrivent, toutes faites, de pays lointains, c'est au mieux. Mais le contrôle du pharmacien ne serait pas de trop quand il s'agit de la fabrication de médicaments tels que les extraits, pour ne citer que ceux-là. C'est exposer, de par la loi, les médecins à prescrire et les malades à absorber des produits, sinon falsifiés du moins très inférieurs, où la teneur en alcaloïdes peut se trouver réduite à rien. Des extraits de quinquina contenant de 0,30 à 0,50 pour 100 de sulfate de quinine, au lieu de 5 à 6 pour 100, titre normal, ont été ainsi livrés à la consommation. Le dommage, en pareil cas, est assez grand pour valoir qu'on en tienne compte. Il est légitime de souhaiter la suppression du paragraphe additionnel dont il s'agit, d'autant que les commentaires dont la commission sénatoriale a essayé de justifier son texte sont loin d'apporter, en la matière, la précision et les garanties qui conviendraient. Les médecins ne sont pas les moins intéressés à être toujours parfaitement sûrs de la composition et de la qualité des médicaments qu'ils prescrivent.

La commission sénatoriale a été mieux inspirée en interdisant, dans le premier paragraphe de l'article 11, l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, même en possession par le même titulaire des deux diplômes. Le rapport commente excellemment le texte en disant : « La médecine doit être exercée par les médecins et la pharmacie par les pharmaciens. A chacun sa tâche pour que leurs fonctions soient remplies avec toutes les garanties de science, d'honnêteté et de délicatesse désirables. Que le pharmacien n'érige pas son arrière-boutique en cabinet de consultations médicales et que le médecin, de son côté, ne cherche pas à vendre des remèdes au détriment des pharmaciens. » Le projet laisse subsister toutefois la faculté pour le médecin de fournir des médicaments aux malades *près desquels il est appelé* et qui résident à six kilomètres au moins de toute pharmacie et à *ceux qui viennent le consulter dans son cabinet* s'ils résident également à la même distance d'une officine. Le même article permet aux médecins d'avoir chez eux, en vue des cas d'urgence, même lorsqu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, remèdes qu'ils pourront administrer directement et *gratuitement* à leurs malades. Le mot « gratuitement » est de trop dans le texte, ne fut-ce qu'à cause de son inutilité. Il est inutile parce qu'il n'entre pas dans nos habitudes d'augmenter nos honoraires de la valeur insignifiante des substances que nous sommes souvent amenés à délivrer ainsi. Le médecin de campagne, par exemple, qui part pour faire un accouchement en emportant quelques paquets d'ergot dans sa trousse, ne songe guère à en grossir le prix de son intervention obstétricale. Il est inutile aussi, parce que les rares médecins qui sont hommes à ne pas dédaigner cette source de bien minimes profits, éluderont avec la plus grande simplicité la prescription légale. Car s'il est un texte facile à tourner c'est bien celui-là.

L'article 14 interdit aux pharmaciens de vendre certains remèdes, sans l'ordonnance d'un médecin ou d'une personne ayant le droit de la signer ; mais les autorise à vendre sans ordonnance un grand nombre d'autres substances simples et composées. Les substances prohibées sont, d'une part, celles désignées dans le décret du 8 juillet 1850 ; d'autre part, celles qui le seront dans un décret d'administration publique à paraître ; enfin celles qui seront comprises dans une liste à dresser par la commission du codex. Quand le pharmacien délivrera un médicament sans ordonnance, l'étiquette devra porter *le nom* et *la dose* de la substance ou des substances actives qui en forment la base. Ces dispositions sont louables. On ne saurait, par ailleurs apprécier en connaissance de cause la valeur et la portée de cet article 14 jusqu'au jour où auront été publiées les deux listes de produits dont la vente ne peut se faire sans ordonnance. Ce même article

porte prohibition pour la vente, la fabrication et l'annonce des médicaments qui ne portent pas sur l'étiquette le nom et la dose des substances actives qu'ils contiennent.

Cette disposition apportera une certaine entrave au commerce des spécialités. En nous plaçant au point de vue purement médical, il nous est impossible de le regretter. La Chambre des députés était allée plus loin encore que le Sénat dans cette voie. Elle avait, en effet, complété l'article par les deux alinéas suivants :

« Aucun médicament simple ou composé, de fabrication française ou étrangère, ne pourra être livré au public sans que le nom et la *formule exacte et précise* n'ait été déposée à l'Académie de médecine si elle n'est inscrite au codex. »

« Tout pharmacien français pourra en prendre connaissance et livrer la substance ou exécuter la formule, sauf à respecter la marque de fabrique adoptée par l'auteur de la formule. »

La commission sénatoriale y a vu une atteinte grave à uue branche fort importante de notre commerce intérieure et de notre exportation.

Le dépôt préalable de la formule, la possibilité d'en prendre connaissance lui ont paru constituer une prime à la contrefaçon, non seulement en France, mais encore et surtout à l'étranger. Ces raisons ne nous paraîtraient pas suffisantes à compenser le dommage dont la santé publique peut avoir à souffrir de cette foule de spécialités douteuses qui exploitent, jusqu'à l'impudeur, la crédulité du public, et que favorise la tendance de plus en plus accentuée des médecins à ne plus formuler magistralement.

Mais l'intérêt des malades est suffisamment sauvegardé par le texte du Sénat, malgré la suppression des alinéas adoptés par la Chambre. L'obligation de dévoiler et de publier le nom et la dose des substances actives qui forment la base du remède donne, à cet égard, tout ce qu'on peut désirer de garanties, puisque la vente et même l'annonce de tout médicament qui ne satisfait pas à cette condition sont interdites. Tel a été, du reste, l'avis de M. Brouardel, consulté à ce sujet par la commission.

L'article 17 autorise certains établissements, dont l'énumération serait trop longue, à être propriétaires d'une pharmacie, à condition de la faire gérer par un pharmacien, *au profit exclusif du personnel qu'ils secourent ou qu'ils emploient*... Il permet à ceux de ces établissements qui sont *publics* ou d'*utilité publique d'assistance* de délivrer *gratuitement* des médicaments aux malades pauvres. Mais, en revanche, il abolit, dans un délai de cinq ans à partir de la promulgation de la loi, la faculté qu'avaient les hôpitaux et hospices de vendre des remèdes au dehors.

Cette décision n'a pas été prise sans hésitations et sans débats. Elle est cependant une des plus justes et des meilleures de la loi. Elle sauvegarde non moins l'intérêt des malades (on sait comment sont gérées beaucoup de ces pharmacies) et celui des pharmaciens. On ne peut qu'y applaudir.

Nous aimons moins l'obligation imposée par le même article aux pharmaciens de fournir à divers établissements d'assistance les remèdes destinés aux indigents, dans les *conditions et aux prix qui seront arrêtés, pour chaque département*, par un règlement d'administration publique.

Cette charge nous paraît peu en rapport avec l'esprit de protection vis-à-vis d'une profession diplômée par l'Etat, qui semble avoir guidé les travaux de la commission. C'est un point qui demanderait à être discuté de nouveau. Ecrivant, ici, surtout pour des médecins, nous ne saurions entrer dans les développements que comporte la question.

Le reste de la loi concerne la publication du codex et les pénalités applicables aux contrevenants. Elle n'offre rien d'intéressant à signaler.

Le projet, dans son ensemble, réalise des progrès sensibles sur l'état actuel et nul doute qu'il ne soit bien accueilli de tous ceux qu'il intéresse.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Imperméabilité de l'épithélium vésical sain à l'égard des médicaments et des poisons

(Note de MM. Boyer et L. Guinard, présentée par M. A. Chauveau.)

Nous nous proposons de démontrer que l'opinion des physiologistes au sujet de l'imperméabilité vésicale est absolument justifiée et qu'on ne saurait accorder un pouvoir absorbant quelconque à l'épithélium de la vessie, en admettant, bien entendu, qu'il soit parfaitement intact, et qu'il s'agisse d'une substance incapable de le désorganiser rapidement.

En dehors même de toute expérience, il suffit de rappeler, d'une part, que la structure histologique de cet épithélium, ne se prête guère à la pénétration ; d'autre part, on n'a qu'à songer un seul instant au rôle physiologique dévolu à la vessie pour être convaincu de l'erreur que commettent ceux qui croient à son pouvoir absorbant, et la transforment ainsi en un réservoir taillé sur le modèle du tonneau des Danaïdes.

Malgré les dires de Kaupp, Treskin, Demarquay, Maas et Pinner, Fleischer et Brinckmann, Ashdown, Tricomi, etc., on admet classiquement l'imperméabilité vésicale et nous n'aurions pas songé à revenir sur une question que les travaux de Küss, Susini, Ségalas, Alling, P. Bert, Jolyet, Lépine, Cazeneuve et Livon semblaient avoir définitivement tranchée, si un chirurgien aussi autorisé que l'est M. Bazy, n'était revenu soutenir devant l'Académie des sciences, le 27 novembre 1893, une opinion diamétralement opposée.

Or, nous avons la certitude que la vessie n'absorbe pas les médicaments introduits dans son intérieur, et voici sur quoi nous nous appuyons.

Employant d'abord le procédé de Cazeneuve et Lépine, nous avons ligaturé uretères et urètre, chez plusieurs chients, et injecté dans la vessie, avec une fine canule, du chlorhydrate de strychnine. Dans ces conditions, nos animaux ont toléré, pendant sept et neuf heures, sans présenter le moindre signe d'intoxication, 0 gr. 02, 0 gr. 03, et 0 gr. 04 de poison.

Désirant opérer dans des conditions plus physiologiques encore, nous nous sommes procurés des chiens de forte taille, qu'on laissait uriner naturellement avant l'expérience, pour leur introduire ensuite, avec précaution, jusque dans la vessie une sonde urétrale, souple, bien graissée, excessivement fine, n'ayant pas plus de 1 mm. 2 de diamètre. Par la sonde ainsi introduite, nous instillions lentement 0 cc. 05 d'une solution active, portée à la température de 30° à 35° et, dans l'intention de laver l'instrument avant de le retirer, nous terminions l'opération par une injection de 0 cc. 02 à 0 cc. 03 d'eau distillée tiède. La plupart des animaux conservent très bien les liquides instillés, pourvu qu'on les laisse bien tranquilles soit au laboratoire, soit dans une loge étroite.

Plusieurs ont ainsi gardé dans la vessie, pendant 8, 10, 15, 17 et même 20 heures, des solutions toxiques qui, de cette façon, avaient tout le temps de passer à l'absorption.

Nous avons évité les poisons métalliques ainsi que les substances bien connues pour leur pouvoir irritant ou la propriété qu'elles ont de dégager des vapeurs et nous nous en sommes tenus à la série des alcaloïdes, estimant qu'il y a, parmi ces agents, des éléments assez toxiques et assez diffusibles pour que, introduits dans la vessie à doses fortes, ils déterminent rapidement la mort, si vraiment cet organe se laisse pénétrer.

Dans les conditions précédentes, nous avons vu, dans vingt-trois expériences, la vessie tolérer et conserver, sans qu'aucun trouble physiologique général ou particulier ne fournisse le moindre indice d'une absorption quelconque, les doses et les alcaloïdes suivants : pilocarpine, 0 gr. 10 et 0 gr. 20 ; atropine et ésérine, 0 gr. 10 ; cocaïne, 0 gr. 20 et 0 gr. 50 ; morphine, 0 gr. 10 et 0 gr. 15 ; vératrine, 0 gr, 05 ; arséniate et chlorhydrate de strychnine, 0 gr. 03, 0 gr. 05 et 0 gr. 10.

Toutes les fois que nous avons pu le faire, nous nous sommes assurés de la présence du poison dans les urines émises par les animaux, après nos injections. De plus, nous avons réalisé une expérience de contrôle dont la valeur probante est incontestable.

Nous avons recueilli les urines de trois chiens, qui avaient gardé dans leur vessie, sans accidents, 0 gr. 10 d'arséniate de strychnine ; après concentration au bain-marie, ces urines ont été injectées hypodermiquement, dans deux cas, aux chiens mêmes qui les avaient fournies; dans le troisième cas à plusieurs grenouilles, à deux cobayes et à un lapin, qui tous ont été tués avec les symptômes classiques du strychnisme.

Une condition de réussite est de s'adresser à des sujets adultes bien portants, calmes et peu irritables ; les tout jeunes chiens, de même que les lapins, conviennent peu à des recherches comme les nôtres. Enfin, il ne faut pas, avant plusieurs jours d'intervalle, se servir d'un même sujet pour répéter une expérience, car presque toujours, la première instillation de quelque alcaloïde que ce soit impressionne l'épithélium vésical, provoque une inflammation, plus ou moins vive et plus ou moins persistante, qui permet l'absorption. Nous avons vu plusieurs des chiens, chez lesquels des doses fortes de morphine, de cocaïne et de strychnine n'avaient pas été absorbées par la vessie, montrer des signes d'intoxication et mourir après une seconde instillation, faite trois ou sept jours après, dans des conditions identiques, avec les mêmes poisons ou des poisons différents.

Il n'y a donc pas lieu de revenir, pour le combattre, sur le principe bien acquis et d'ailleurs classique de l'imperméabilité vésicale ; nos expériences viennent de le confirmer une fois de plus.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de l'intoxication saturnine

1° *Traitement de la colique de plomb.* — Le traitement classique repose sur l'emploi des évacuants associés aux calmants.

On peut débuter par une purgation énergique :

Teinture de Jalap composée... 20 à 30 grammes

ou bien :

Huile de ricin............ }	āā 30 ct. cubes
— d'amandes douces.. }	
Sirop de limons..........	60 c. c.
Huile de créosote séglium	I goutte

(Grassel)

Donner une cuillerée toutes les deux heures et arrêter l'administration dès qu'il y aura eu une selle.

Les jours suivants administrer le lavement purgatif des peintres :

Séné....................	8 grammes
Sulfate de soude..........	70 —
Jalap....................	1 gr. 30

qui faisait partie du fameux mais violent traitement de la Charité.

Souvent, dans les cas ordinaires, les simples purgatifs salins suffisent à rétablir les évacuations et on continue alors la médication évacuante par :

Soufre... }	āā 100 grammes
Miel..... }	

1 à 2 cuillerées à bouche par jour.

Contre les douleurs, les injections hypodermiques de morphine sont la meilleure médication. On pourra les remplacer par l'opium à l'intérieur, qui cependant agira moins bien.

eil et Combémale se sont bien trouvés de l'emploi de l'huile d'olives à l'intérieur administrée comme dans la colique hépatique. Prado n'a pu vérifier les assertions des médecins lyonnais et a toujours vu se produire l'intolérance stomacale.

2° *Intoxication chronique.* — Bains sulfureux alternant avec des bains de vapeur (une vingtaine de chaque). Propreté excessive, lavages fréquents des mains, un bain tiède par semaine ; ni tabac, ni alcool.

A l'intérieur, vingt jours par mois, prendre une cuillerée par jour à chaque repas de la potion suivante :

Iodure de potassium ...	10 grammes
Eau....................	300 cc.

COURRIER

Concours du bureau central (médecine). — Les candidats admissibles aux dernières épreuves du concours du Bureau central (médecine), sont MM. Bruhl, Capitan, Dalché, Dubief, Duflocq, de Gennes, Jacquet, Ménétrier, Queyrat et Vaquez.

La question posée à l'épreuve orale a été la suivante : *Séméiologie de la constipation.*

Les questions restées dans l'urne étaient : *Séméiologie des œdèmes* et de *l'obésité.*

Concours aux emplois de médecins du traitement a domicile.— Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 1er octobre 1894.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (Service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 1er septembre 1894, quatre heures inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgé de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des facultés de médecine de l'Etat et prendre l'engagegement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Congrès international de la protection de l'enfance. — Le comité d'organisation du Congrès international de la protection de l'enfance vient de se constituer.

Il a décidé que le Congrès s'ouvrirait à Bordeaux, le 22 juillet 1895.

Il se divisera en trois sections :

1° Section de protection physique dans laquelle on étudiera les questions concernant les sociétés de protection, de charité maternelle, les crèches, les hôpitaux d'enfants, les sanatoria, etc.;

2° Section de protection morale où seront particulièrement étudiées les questions se rattachant à l'enfance abandonnée, les patronages, les orphelinats, les colonies agricoles, etc.

3° Section de protection administrative dans laquelle sera mise à l'ordre du jour l'étude de la loi Roussel et toutes les questions de protection qui seront d'un grand intérêt pour nos confrères les médecins inspecteurs.

Congrès d'assistance publique. — Le Congrès d'Assistance publique s'est ouvert le 28 juin, à Lyon, sous la présidence de M. Sabran, président du conseil d'administration des hospices civiles de cette ville.

La principale question traitée a été celle de la revision de *la loi Roussel* sur la protection des nouveau-nés.

On sait que de nombreux conseils généraux refusent tout subside pour la faire appliquer L'inspection médicale, qui est la seule garantie d'une surveillance sérieuse des enfants, n'existe que dans 5 départements, et cependant la loi date de 1878.

M. Thulié, dans son rapport, conclut à l'obligation de la loi et à l'organisation d'un service d'inspection médicale.

Les vœux exprimés par M. Thulié ont été, après discussion, adoptés à l'unanimité.

— M. le docteur S. Schneider, médecin-major de première classe, dont nous avons annoncé la mission en Perse, est nommé médecin de S. M. le Schah.

Le pouponnat de Crépy-en-Valois. — M. le docteur Millet vient de fonder un pouponnat. C'est là une œuvre vraiment philanthropique et nous ne saurions mieux faire pour le montrer que d'insérer le passage suivant :

« L'enfant doit être allaité par sa mère. C'est la loi de la nature.

Malgré les efforts incessants des hygiénistes et des médecins, ce sage précepte est de plus en plus méconnu dans notre société moderne, et le nombre va toujours croissant des bébés allaités loin de la maison maternelle.

C'est un fait qui s'impose.

Devant l'infériorité indéniable de ce mode d'allaitement, infériorité créée, qu'on le sache bien, par les conditions défavorables dans lesquelles il est le plus souvent pratiqué, il est du devoir de l'hygiéniste et du médecin de rechercher les moyens d'en atténuer les défectuosités et d'en faire disparaître les dangers.

Les plus sérieux efforts ont été faits dans ces dernières années, et le chiffre de la mortalité des nouveau-nés a réellement et sérieusement diminué.

L'application de la loi Roussel d'une part, l'organisation des sociétés protectrices de l'enfance d'autre part, ont rendu d'éminents services. Les visites et les conseils des médecins inspecteurs ont donné des résultats précieux.

La propagande en faveur de l'hygiène enfantine, par les conférences, les livres, les brochures, la distribution gratuite des guides de l'alimentation dans les mairies donneront également quelques résultats dans les grandes villes, auprès des femmes intelligentes. Mais auprès des paysannes? Nous les connaissons trop bien pour fonder quelque espoir sur l'emploi de ces moyens de persuasion.

Il reste donc à faire.

C'est pourquoi nous avons voulu tenter de prendre une part de cette œuvre, du sauvetage des nouveau-nés ; estimant que, si petite qu'elle doive être, il ne saurait y avoir de quantités négligeables en pareille matière. Nous avons donc organisé sous le nom de Pouponnat une sorte de crèche-internat, où sont élevés un certain nombre de nouveau-nés.

Cet établissement fonctionne sous notre administration et sous notre direction immédiate, et nous saurons lui conserver, en même temps que son but humanitaire, le caractère scientifique propre à lui attirer les sympathies du corps médical. »

Disons, de plus, que toutes les prescriptions hygiéniques ont été observées dans cet établissement.

Nécrologie. — MM. les docteurs Buradel (de Vichy) ; Bernard (du Mas-d'Azil); Bertrand (de Blasimont) ; Gillet de Grandmont (de Paris), chirurgien-oculiste, de la Légion d'honneur ; Jamet (de Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine) ; Jaubert (de Périgueux).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT. Imp. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — II. Revue critique chirurgicale. — III. Revue des travaux étrangers. — IV. Académies et sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Situation sanitaire. — Soudure et étamage des boîtes de conserves alimentaires. — Influence du sol sur la vitalité des bacilles. — Désinfection des conduites d'eaux potables.

La peste dont nous avons, dans notre dernière chronique, signalé l'apparition à Hong-Kong, y continue ses ravages ; toutefois elle diminue d'intensité. A la date du 5 juillet, le chiffre des décès s'élevait à 2,298. Le journal *The Lancet* annonçait, il y a un mois, la découverte du microbe spécifique de cette maladie. Elle aurait été réalisée par un médecin japonais, le professeur Kitasato, de Tokio. Espérons que ce confrère oriental n'aura pas été dupe d'une de ces illusions auxquelles les néophytes en bactériologie sont parfois exposés.

Le choléra ne peut pas se décider à abandonner l'Europe. Il paraît qu'il a reparu à Saint-Pétersbourg. C'est du moins ce qu'affirment les journaux d'outre-Rhin et le gouvernement danois met en quarantaine les provenances de la province de Saint-Pétersbourg. Les marchandises et les bagages des voyageurs sont soumis à l'inspection médicale et à la désinfection avant de passer la frontière. L'importation des chiffons est défendue.

Le choléra vient également d'éclater à Liège. Il y a d'abord eu quelques décès dans les villages environnants, puis la maladie s'est montrée dans la ville elle-même. L'hôpital des Anglais affecté aux maladies contagieuses reçoit une dizaine de cholériques par jour et la proportion des décès est élevée ; le bacille virgule a été trouvé en abondance dans les eaux de la Meuse.

En France, le choléra semble avoir disparu cette fois d'une manière définitive ; mais il n'en est pas de même du typhus qui paraît s'y acclimater. Il y en a toujours quelques cas dans les départements où il a régné l'an dernier et on vient de signaler son apparition à Bordeaux. A Paris, depuis le 1er janvier, on en a relevé 44 cas dont 20 ont été suivis de mort. C'est toujours le même personnel et ce sont toujours les mêmes foyers : les vagabonds d'une part et les asiles de nuit de l'autre ; les asiles privés dans lesquels il n'y a ni douches ni désinfection ni surveillance, et surtout ces établissements où on ne couche pas, mais, où moyennant une consommation de vingt centimes, on peut passer la nuit à l'abri et dormir appuyé sur une table jusqu'à six heures du matin. On trouve, dans le voisinage des grandes Halles, trois de ces cabarets-dortoirs où les clients abondent et qui rapportent jusqu'à cinquante francs par nuit. Ils échappent à la surveillance de la police parce que ce ne sont pas des logements garnis et ils servent de refuge à la lie du vagabondage.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine s'est occupé, dans sa séance du 6 juillet, de cette extension du typhus, extension d'autant plus menaçante, comme l'a fait observer M. L. Colin, que c'est une maladie de l'hiver et que ce redoublement, à l'époque des chaleurs, est d'un sinistre

présage pour l'époque où les premiers froids se produiront. La police fait tout ce qu'elle peut, le service de la désinfection de même et leurs efforts n'ont pas été stériles; car le nombre des cas de typhus diminue. Il y en a eu 20 en juin et 3 seulement en juillet. Il serait à désirer toutefois que la surveillance put s'étendre aux asiles de nuit privés pour y introduire la douche et la désinfection des vêtements et qu'on put avoir quelque action sur ces refuges à vingt centimes où on ne couche même pas. Le Conseil d'hygiène après discussion, a cru devoir renouveler, à cet égard, les propositions qu'il avait adoptées le 28 juin 1893, après avoir entendu le rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur les asiles de nuit.

— Ce même Conseil, dans sa séance du 22 février, a entendu, comme nons l'avons dit, un rapport de M. Armand Gautier sur la soudure et l'étamage des boîtes de conserves. Cette question qui intéresse si vivement l'industrie a été maintes fois portée devant le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Dès l'année 1861, à la suite d'un rapport de Bussy, le ministre prescrivit de n'employer que de l'*étain fin* dans l'étamage des vases et ustensiles de cuisine (1).

En 1879, je fus chargé de faire un rapport sur le même sujet, mais cette fois, il ne s'agissait que des boîtes de conserves. Le ministre, conformément à notre avis, défendit, par arrêté en date du 4 mars 1879, aux fabricants de pratiquer des soudures à l'intérieur des boîtes et de se servir, pour les confectionner, d'autre ferblanc que celui étamé à l'*étain fin* (2).

Cet arrêté souleva des réclamations sans nombre de la part des fabricants de boîtes de sardines à l'huile des bords de l'Océan ; à deux reprises, nous fûmes chargés, Wurtz et moi, d'examiner leurs demandes et, à la seconde, on nous adjoignit le docteur Dubrisay. Nous maintinmes notre décision première (3) ; mais des sursis furent accordés, sur les instances des chambres de commerce et, en 1889, les fabricants soudaient encore à l'étain plombifére, en demandant encore de nouveau délais. C'est alors qu'intervint la circulaire du ministre en date du 31 mai 1890, rappelant aux préfets la nécessité de maintenir les termes des arrêts relatifs à la matière et de contraindre les fabricants de boîtes de sardine, à se servir d'*étain fin* pour leurs soudures intérieures. Cette expression d'*étain fin* n'était pas prise dans la même acception par tout le monde. Ainsi, tandis que les auteurs classiques définissent l'*étain fin pratique* : un métal composé d'environ 999 millièmes d'étain, avec 1 millième d'impuretés, M Dubrisay, dans un rapport au comité consultatif dont les conclusions ont été adoptées le 1er octobre 1888, définissait ce même *étain fin* : un alliage contenant au moins 97/00 d'étain (4). Cette définition reproduite dans deux rapports

(1) Circulaive ministérielle du 20 avril 1861 (*Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique*, t. IV, p. 362).

(2) Arrêté du 4 mars 1879. (*Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique*. T. IX, p 305.)

(3) Rapport sur des réclamations adressées par les fabricants de conserves de sardines à l'effet d'obtenir le rappel de l'arrêté du 4 mars 1879. Jules Rochard, rapporteur. (*Recueil des travaux du Comité consultatif*. Séance du 8 mars 1880. T. X, p. 370.

(4) *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène*. T. XVIII, p. 434.

ultérieurs (1) permettait aux fabricants de réclamer contre les poursuites qui leur étaient intentées à la suite des saisies opérées par le laboratoire municipal et perpétuait une confusion régrettable. Pour la faire cesser, les chimistes du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine se sont entendus avec leurs collègues du Comité consultatif d'hygiène et, d'un commu accord, ils ont décidé que l'*étain fin commercial* est celui qui contient 997e millièmes détain pur dosé à l'état métastannique.

Les industriels ont prétendu, à diverses reprises, qu'il est impossible de souder avec l'étain arrivé à ce degré de pureté ; mais le contraire est parfaitement prouvé aujourd'hui. Lorsque nous présentâmes notre rapport au Comité consultatif, le 8 mars 1880, nous mîmes sous les yeux de nos collègues des soudures que Wurtz avait faites avec de l'étain dans ces conditions et ils purent s'assurer qu'elles étaient très solides. M. Armand Gautier a fait la même constatation. Rien ne s'oppose donc à ce que les prescriptions ministérielles soient exécutées et le Conseil, à la séance du 6 juillet, a adopté en principe les conclusions de M. Gautier, tendant à ce que désormais on ne considérât comme étain fin que celui qui contient au moins 997 millièmes d'étain ; que celui qui est employé pour l'étamage ou la soudure intérieure des boîtes ne puisse jamais contenir plus d'un millième de plomb et que toute soudure qui peut, sur un point quelconque, apparaître à l'intérieur et se trouver en contact avec le contenu, soit faite à l'étain fin.

Si nous nous sommes arrêté si longtemps sur ce sujet, c'est qu'il intéresse une industrie importante qui roule sur un chiffre considérable de millions et à laquelle dix mille marins et quinze mille femmes sont employés sur nos côtes. Il faut donc éviter tout ce qui peut entraver une fabrication semblable et lui imposer un sacrifice quelque faible qu'il soit ; d'un autre côté, l'hygiène ne peut pas permettre que le plomb, même dans la proportion la plus faible, puisse être en contact avec une sbstance alimentaire. Dans l'espèce, cette proscription doit être d'autant plus absolue que très souvent les boîtes de sardines, après avoir été vidées, sont employées comme vases pour contenir des aliments ou des boissons et qu'il en résulte assez fréquemment des coliques saturnines.

— Les microbes sont, comme on le sait, répandus dans la nature avec une profusion en rapport avec leur petitesse. On en trouve à la fois dans l'atmosphère, dans les eaux et dans le sol ; mais, dans l'air, ils sont promptement détruits par la dessiccation et par l'action de la lumière solaire ; d'un autre côté, leur poids les fait retomber ou dans les eaux desquelles ils ne sortent plus ou sur le sol qui les retient par son humidité et ses poussières.

Le sol humide et imprégné de matières animales en décomposition est le milieu dans lequel ils vivent et se développent le mieux. Toutefois, on n'en trouve que dans la couche la plus superficielle. Au dessous de deux mètres, même dans les cimetières, on n'en rencontre plus. Tous les bacilles ne prospèrent pas de la même façon dans le sol. Des recherches intéressantes ont été faites récemment sur ce sujet à l'*Institut britannique de médecine préventive*, par M. Dempster et communiquées à la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, par le docteur Mitchell Bruce. L'auteur a borné

(1) Séance du 25 mars 1889 (T. XIX, p. 97) et du 29 avril 1889 (T. XIX, p. 161).

ses recherches au *comma-bacille* et au *bacille d'Eberth*, et il a étudié l'action que la nature et le degré d'humidité du sol exercent sur sa vitalité.

Il a reconnu, comme Uffelman, que le bacille ne vit pas habituellement plus d'un jour dans la terre desséchée ; quelques rares individus résistent jusqu'au troisième jour. Dans la terre humide abandonnée à elle-même, le bacille vit d'autant plus longtemps que l'eau met plus de temps à s'évaporer. Il faut 7 jours au terreau pour se dessécher, 4 jours au sable jaune et quelques heures au sable blanc. Si l'on maintient, dans ce dernier, 1 à 2 p. 100 d'eau, on peut y retrouver le bacille vivant au bout d'un mois ; si l'on prévient l'évaporation il résiste jusqu'au 174e jour.

Si l'on entretient un courant d'eau filtrant à travers le sable, les bacilles ne survivent pas plus de 8 jours.

L'eau en mouvement ne leur est donc pas favorable, et c'est ce qui explique comment les rivières les plus contaminées s'assainissent peu à peu dans leur cours et comment la Seine elle-même finit par se débarasser de son infection.

M. Dempster s'est également attaché à déterminer le pouvoir filtrant de ces terrains. Une couche de sable blanc de 15 centimètres a retenu 99,6 p. 100 des bacilles cholériques ; une même épaisseur de sable jaune en a gardé 99,9 et la tourbe 100. Il a reconnu, d'autre part, qu'un courant d'eau peut emporter le *bacille-comma* à travers une couche de terre poreuse épaisse de 80 centimètres.

La plupart de ces faits étaient déjà connus. Dans une série d'expériences entreprises en vue de répondre au questionnaire que le Sénat avait adressé au Comité consultatif d'hygiène, lors de la discussion sur l'épandage des eaux d'égout, le docteur Grancher avait reconnu que les bacilles de la fièvre typhoïde ne descendent pas dans la terre à une profondeur de plus de 40 centimètres, malgré un arrosement quotidien pratiqué pendant trois mois à la surface.

— Nous avons souvent parlé, à propos de la canalisation d'eau potable du service privé de la ville de Paris, du temps considérable que les conduites mettent à se purifier, lorsqu'on y a fait passer, pendant quelques jours, de l'eau de Seine. Il faut que l'eau de source y coule pendant 15 jours au moins pour les nettoyer complètement. En Allemagne, on vient de faire un essai intéressant de désinfection plus rapide. La petite ville de Sprottau (Silésie) a subi récemment une épidémie de fièvre typhoïde qu'on a tout naturellement attribué à la contamination de l'eau potable. On a jugé prudent, à cette occasion, de désinfecter la canalisation. On a commencé par y faire passer un courant de vapeur, à l'aide d'une locomobile, puis on a fait circuler dans toutes les conduites une solution de soude bouillante. Pour cela on a mis 120 quintaux d'une solution de soude du commerce dans un réservoir ; à l'aide d'un jet de vapeur, on a amené le liquide à la température de l'ébullition, puis on l'a chassé dans la canalisation. On ne dit pas quel a été le résultat de l'expérience, mais il est évident que les conduites ont été, de cette façon, parfaitement nettoyées. Seulement, ce procédé qui peut convenir au réseau d'une petite ville de cinq à six mille âmes comme Sprottau, me paraît difficilement applicable à la canalisation d'une grande ville comme Paris.

J. les Rochard.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

—

Nous venons de lire dans *the Lancet* du 23 juin 1894, un article de M. Herbert W. Allingham sur un nouveau procédé de *traitement des rétrécissements de l'intestin.* L'auteur nous donne deux observations absolument intéressantes et terminées par la guérison à l'aide d'un procédé nouveau auquel il s'excuse presque de donner le nom d'*entéroplastie*; mais ce qui lui a fait, nous dit-il, accepter cette terminologie c'est le nom de pyrlooplastie appliqué aux rétrécissements du pylore. La méthode suivie pour rendre son calibre à la partie rétrécie est la même et, par conséquent, on comprend que la dénomination soit semblable.

Décrivons pour nos lecteurs ce procédé facile à comprendre. C'est l'application du moyen employé par Nélaton autrefois dans le bec de lièvre et qui consiste pour l'intestin à transformer une incision faite dans l'axe du tube digestif en une suture perpendiculaire à cet axe. On compense donc le manque d'étoffes en largeur en prenant des tissus dans la longueur de l'intestin et ceci grâce à son élasticité.

Après avoir donc fait une incision de 5 à 6 centimètres au niveau du rétrécissement et avoir ouvert aussi l'intestin, on transforme cette incision (verticale si on veut) en une incision horizontale à l'aide de points de suture de Lembert, et, la suture terminée, on se trouve en présence d'un intestin élargi à l'endroit où il était autrefois rétréci.

C'est dans deux cas d'obstruction intestinale chronique, que M. Herbert W. Allingham a employé ce procédé avec succès. Dans la première observation, il avait pratiqué sans succès l'anus de Littre; les accidents avaient continué. Dans une seconde intervention, il trouva un rétrécissement portant sur l'intestin grêle et comme la malade était très affaiblie et par conséquent incapable de supporter le shock d'une résection intestinale, il eut l'idée d'exécuter l'entéroplastie et réussit pleinement. Plus tard, il ferma l'anus iliaque gauche et, à l'heure qu'il est, les matières ont repris leur cours normal et la malade est tout à fait guérie. Quant à l'étiologie de la *stricture*, il est très difficile de la donner. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il ne s'agissait de rien de néoplasique et que dans les antécédents de la malade on trouvait l'atteinte ancienne d'une fièvre typhoïde.

Dans la seconde observation, même obscurité du côté des causes qui avaient pu produire le rétrécissement qui cette fois portait sur le gros intestin (anse sigmoïde). Les vomissements étaient incessants depuis plusieurs jours, le diagnostic très difficile; cependant M. Allingham, soupçonnant que l'S iliaque était en cause, se décida à pratiquer au niveau de la fosse iliaque gauche, une incision de 6 centimètres, qui lui permit de retirer l'anse sus-nommée et d'y constater un rétrécissement. Ce dernier s'était produit petit à petit et n'était causé par la présence d'aucune tumeur.

Devant le premier succès obtenu par l'entéroplastie, M. Allingham, avec raison, pensa à appliquer le même procédé et eut un nouveau succès complet. Il est certain que c'est là une méthode simple, donnant une guérison absolue et par conséquent de tous points supérieure à la pratique de l'anus contre nature, qui, outre la déplorable infirmité qu'il crée, ne permet pas toujours de sauver l'individu sur lequel on intervient.

Disons encore un mot d'un procédé nouveau pour la *cure radicale de la*

hernie ombilicale ; c'est le procédé de l'*entrecroisement des muscles droits*, dû à M. J. Dauriac, interne de la clinique chirurgicale de la Charité. On sait combien on a employé de moyens pour supprimer le sac de la hernie ombilicale et créer à sa place une cicatrice solide, suffisante pour résister à toutes les pressions créées dans l'abdomen par le phénomène de l'effort. M. Dauriac estime qu'en faisant passer les muscles droits entrecroisés au niveau même de la région ombilicale, on établit là un rempart qui empêcherait sûrement l'issue de l'intestin.

Voici comment il décrit son procédé.

« L'incision de la peau portera sur la ligne médiane et permettra d'arriver, après dissection de ses deux lèvres, sur les gaines des droits. On ouvrira ces gaines en incisant, au bistouri, leur feuillet antérieur le long de son bord interne. On décollera soigneusement la face antérieure et la face postérieure de chacun des droits du feuillet correspondant de sa gaine, et cela, jusqu'à demi-largeur du muscle. Prenant de nouveau le bistouri, on fera en plein muscle, et à égale distance de ses deux bords, une incision verticale un peu moins longue que l'incision de la gaine. Le muscle se trouvera ainsi divisé, dans le sens de sa longueur, en deux bandes, de volume égal, dont l'une sera interne et l'autre externe. La bandelette externe de chaque muscle est destinée à rester intacte et à assurer la continuité musculaire dans chaque droit. Elle restera adhérente à la partie interne de la gaine qui n'aura pas été décollée à son niveau, comme nous l'avons précédemment recommandé. La bandelette externe sera incisée au bistouri suivant une ligne transversale menée à égale distance des deux extrémités de l'incision verticale. On aura après cette incision deux lambeaux musculaires, destinés à être croisés et suturés, le lambeau supérieur gauche au lambeau inférieur droit, et réciproquement.

La suture musculaire a besoin d'être exécutée avec des précautions toutes particulières. Il est évident que des fils passant entre des fibres verticales et parallèles, et opérant une traction dans le sens même de la direction de ces fibres, auront beaucoup de tendance à couper, ou plutôt à s'échapper en dissociant ces fibres parallèles. Il y aura donc intérêt à abandonner le point séparé ou le point en surjet. Nous croyons qu'il sera bon d'essayer une sorte de point en chaîne, d'une exécution facile, qu'on pourrait appeler point *à double chaîne*.

L'emploi de ce point permettra de disposer sur chaque bord de l'incision, et *parallèlement à ce bord*, une chaîne de soie, régulièrement reliée à son homologue par une série de W.

Il faudra se placer autant que possible, pour la suture, au niveau d'une des intersections aponévrotiques qu'on rencontre dans les droits?

L'opération sera complétée par la reconstitution de la gaine aponévrotique On suturera tout simplement l'un à l'autre, par dessus l'X musculaire, les deux feuillets aponévrotiques précédemment décollés. On comprend aisément que l'on transformera de la sorte, au niveau de l'entrecroisement des droits, la gaine primitivement double, en une gaine unique. »

Ce procédé est, certes, ingénieux, et comme le fait remarquer son auteur, l'action des muscles droits est assurée par la conservation sur chacun de ces muscles d'une bande externe intacte.

On pourra donc le tenter dans les cas où une méthode plus simple aura

échoué ou sera impraticable; nous voulons parler de *l'omphalectomie*, qui transforme une hernie ombilicale en une simple laparatomie dans laquelle une suture bien faite met à l'abri de l'éventration. E. R.

REVUE DES TRAVAUX ÉTRANGERS

—

Etiologie de l'influenza. — Parmi les découvertes bactériologiques de ces dernieres années, celle du microbe de l'influenza comptera certainement comme une des plus importantes. Pendant les dernières épidémies, d'actives recherches ont été entreprises de tous côtés; tous les caractères de l'influenza dénotaient une maladie microbienne. Aujourd'hui, l'agent pathogène est connu ; on sait le découvrir dans les sécrétions nasale et bronchique des malades ; on le cultive facilement ; enfin, l'inoculation de ces cultures à des singes reproduit chez ces animaux les signes principaux de la maladie.

C'est à M. Pfeifer, directeur de la section scientifique de l'Institut des malad es infectieuses, à Berlin, que l'on doit la connaissance du bacille de l'influenza.

Nous ne pouvons signaler tous les travaux qui ont été publiés avant ou peu aprè ceux de Pfeiffer. Rappelons cependant que MM. Gaucher et Thoinot avaient trouvé en 1890 (1), dans le poumon de deux malad s morts de broncho-pneumonie grippale, un très petit bacille, non pathogène pour les animaux, qu'ils réussirent très difficilement à cultiver sur gélose.

La même année, Babès avait décrit, comme agent pathogène de l'influenza, un petit bacille à extrémités renflées, ressemblant à un diplocoque, ne se colorant pas par la méthode de Gram (2).

Au commencement de 1892, en même temps que Pfeiffer, Kitasato et Canon (3) publiaient leurs premières recherches et décrivaient des micro-organismes qui semblaient avoir entre eux de grandes analogies. Mais celui de Canon se trouvait dans le sang et celui de Kitasato se cultivait facilement sur gélose glycérinée.

Or, ainsi que nous le verrons, ce sont là des caractères qui n'appartiennent pas au microbe de Pfeiffer. Ce dernier auteur pense que les micro-organismes décrits par Canon et par Kitasato n'étaient autre chose que des streptocoques.

Rappelons encore, parmi les principaux travaux de cette époque : ceux de Cornil et Chantemesse (4), qui pratiquèrent des inoculations sur les lapins et sur les singes avec le bacille décrit par Babès ; mais ils trouvaient eux aussi ce bacille dans le sang des malades ; — ceux de Teissier, G. Roux et Pition (5), qui décrivaient une diplobactérie très petite qu'ils trouvaient également dans le sang, associée au streptocoque, et dans l'urine.

Le véritable microbe de l'influenza parait être aujourd'hui celui que Pfeiffer a découvert dans les crachats des malades et qu'il a réussi à cultiver d'après un procédé spécial. En 1890, Pfeiffer avait trouvé dans les crachats des malades atteints d'influenza une quantité considérable de petits bacilles. Ses premiers essais de culture restèrent infructueux. Ce fut seulement l'année dernière qu'il trouva enfin le moyen de cultiver ces

(1) Société médicale des hôpitaux, mars 1890.

(2) Cornil et Barbès. *Les bacteries*.

(3) *Deutsch méd. Woch*, 2 et 3, 1892.

(4) Académie de médecine, 9 février 1892.

(5) Académie des sciences, 4 avril 1892.

bacilles, en modifiant d'une façon importante certains milieux habituels, la gélose et le bouillon (1).

Depuis, la découverte de Pfeiffer a été confirmée par plusieurs auteurs qui sont arrivés, en suivant sa technique, aux résultats qu'il avait indiqués.

Pour préparer le bacille de l'influenza il faut prendre de préférence une parcelle de ces crachats épais, jaune verdâtre, visqueux, qui contiennent le micro-organisme à l'état pur. On étale, on sèche et on fixe, d'après les procédés ordinaires. On colore par le bleu de Lœffer ou par la fuchsine de Zielh ; la coloration est un peu lente ; elle ne se produit qu'au bout d'une dizaine de minutes ; les microbes ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Ces préparations montrent, dans le mucus ou dans le protoplasma des cellules de pus, de petits bacilles extrêmement abondants, à bouts arrondis, plus fortement colorés à leurs extrémités qu'au centre, de telle sorte qu'ils ressemblent souvent à des diplocoques; ils ne sont pas entourés d'une capsule claire.

Dans le sang des malades, on ne retrouve pas ces bacilles ; dans le mucus nasal ou laryngé on les voit associés à un nombre considérable d'autres micro-organismes.

Pour cultiver les bacilles de la grippe, il faut ensemencer sur de la gélose recouverte d'une goutte de sang aseptique, une parcelle de crachat frais. Après un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve à 37°, on obtient de nombreuses petites colonies incolores ayant l'aspect de fines gouttelettes d'eau. Dans le bouillon additionné de sang, le bacille de l'influenza pousse également très bien et forme des flocons blancs. Ce microorganisme est aérobie.

Il ne pousse pas ou pousse très mal sur les milieux de culture ordinaires. C'est à peine si Pfeiffer réussit une fois à obtenir sur gélose quelques colonies par ensemencement de crachats frais, mais cette culture se refusa à des passages successifs sur gélose, bouillon, sérum de l'homme et des animaux.

Pfeiffer pensa que cette difficulté des cultures tenait à ce fait que dans les milieux ordinaires le microorganisme était privé d'éléments nécessaires à sa vie et provenant soit du pus soit du sang.

C'est ce qui le conduisit à enduire d'une goutte de sang la gélose sur laquelle il devait obtenir la première culture réelle de son bacille. On peut se servir du sang de l'homme ou des animaux; le sang de pigeon semble le plus favorable, car il est très riche en hémoglobine.

Tels sont les résultats obtenus par Pfeiffer. Pour démontrer que le bacille qu'il avait cultivé et isolé était bien celui de l'influenza, il restait à pratiquer avec les cultures des inoculations expérimentales et à reproduire ainsi la maladie. C'était d'ailleurs chose aseez facile. Chez les animaux ordinaires de laboratoire, le lapin par exemple, Pfeiffer réussit cependant à produire des phénomènes d'intoxication, sans toutefois provoquer chez eux une affection comparable à la grippe humaine. Chez le singe, au contraire, les symptômes furent assez semblables à ceux qu'on observe chez l'homme. Pfeiffer injectait dans le poumon de ces animaux des doses variables de culture pure. A une faible dose correspondaient des phénomènes peu intenses et de courte durée. De fortes doses entraînaient par contre la mort de l'animal. Dans les sécrétions pulmonaires de ces singes, on retrouvait les bacilles des cultures. Pfeiffer apportait donc la preuve expérimentale de la valeur de sa découverte.

Les travaux de Pfeiffer ont élucidé plusieurs points obscurs de la pathogénie de l'influenza. En effet, le microbe étant bien connu, il devenait plus facile de déterminer les conditions de sa dissémination et sa manière d'être en dehors de l'organisme.

(1) *Zeitschr. für Hyg*, 1893.

Pfeiffer a établi que la dessiccation tue rapidement le microorganisme; ainsi on ne peut plus obtenir de cultures avec des crachats desséchés depuis deux ou trois jours. Dans les crachats humides, au contraire, le microbe vit plus longtemps ; Pfeiffer l'a ainsi retrouvé au bout de quatorze jours ayant encore toute son activité. Cette sensibilité à la dessiccation prouve l'absence de spores.

D'autre part, il suffit de diluer des crachats dans une certaine quantité d'eau pour voir les microbes mourir rapidement.

De tout cela il faut conclure que la cause principale de la dissémination de la maladie est la contagion directe. Il est d'ailleurs établi aujourd'hui que la grippe ne dépasse pas dans sa diffusion la vitesse des communications humaines.

Au point de vue pratique, l'utilité de la découverte de Pfeiffer est indéniable ; elle a peut-être plus de valeur encore à un point de vue général.

Pratiquement, on sait combien il est, dans certains cas, difficile, tellement peuvent être complexes les manifestations de la grippe, d'en poser fermement le diagnostic. Plusieurs cliniciens ont cherché des signes pathognomoniques ; qu'il nous suffise de citer es communications de M. Faisans, en France, sur la *langue grippale* (1), et de M. Shelly, en Angleterre (2), sur la production au niveau du voile et des piliers de petites vésicules très abondantes et translucides.

Mais ces signes, auraient-ils une valeur réelle, sont loin d'être constants.

Un simple examen microscopique suffit aujourd'hui pour ne plus confondre, comme cela a été fait assez souvent, une grippe avec une fièvre typhoïde, une tuberculose aiguë, une méningite tuberculeuse, etc.

Au point de vue générale, la méthode de culture que Pfeiffer a employée est peut-être appelée à rendre de grands services dans la recherche de microbes encore inconnus et qui vivent vraisemblablement, comme le bacille de l'influenza, aux dépens de l'hémoglobine.

Ainsi que nous l'avons dit, les recherches de plusieurs auteurs ont confirmé la découverte de Pfeiffer.

Huber (3) a fait, pendant les deux dernières épidémies de grippe, de nombreux examens bactériologiques. Les cultures, d'après la méthode de Pfeiffer, lui ont toujours donné des résultats positifs et il les considère comme un précieux moyen de diagnostic. Une des particularités extrêmement intéressante des recherches de Huber, c'est que l'on peut modifier pour ces cultures le procédé de Pfeiffer. Il est toujours long et assez délicat de déposer une goutte de sang aseptique sur de la gélose ; on peut ainsi facilement introduire dans le tube de culture des germes de l'air, des moisissures. Il existe au contraire dans le commerce une substance nommée « hématogène » et qui, mêlée en certaines proportions aux milieux habituels, en fait d'excellents milieux de culture pour le bacille de l'influenza. La recherche bactériologique de ce dernier se trouve donc considérablement facilitée.

Borchardt (4) a retrouvé dans trente-cinq cas le microbe décrit par Pfeiffer, quelquefois mêlé à d'autres micro-organismes, souvent à l'état de pureté et toujours avec les caractères qui le font facilement reconnaître : petitesse, coloration plus marquée et plus ntense des extrémités, d'où l'aspect de diplocoque, etc.

Dans un cas, le bacille existait encore dans les crachats vingt-huit jours après une attaque d'influenza.

(1) Société médicale, 26 mai 1893.
(2) *British méd. Journ.*, avril 1893.
(3) *Zeit. f. Hygiene*, H. 3, 1893.
(4) *Berlin. Klin. Wolch.*, 8 janvier 1894.

Pas plus que Pfeiffer et que Huber, Borchart n'a jamais trouvé le bacille dans le sang des malades. Cet auteur rapporte un fait très intéressant qui montre les résultats pratiques que l'on peut tirer de la découverte de Pfeiffer. Il s'agit d'une malade entrée à l'hôpital avec des symptômes typhoïdes et pour laquelle le diagnostic était hésitant.

Etait-ce une grippe, était-ce une fièvre typhoïde ? Sept jours après son entrée à l'hôpital, la malade commença à expectorer ; ses crachats ne contenaient que des colonies pures de bacille de Pfeiffer. Le diagnostic était fait.

Neisser (1) a obtenu, dans tous les cas de grippe, des cultures du bacille de Pfeiffer. Les inoculations de ces cultures aux animaux ordinaires ne lui ont donné aucun résultat.

Bien d'autres auteurs encore ont confirmé la découverte de Pfeiffer (Klein, Weichselbaum, Richter, etc.).

Il reste maintenant à se demander s'il existe ou non quelque rapport entre le bacille de l'influenza, que Pfeiffer a décrit, et que MM. Gaucher et Thoinot avaient entrevu, et le microorganisme que plusieurs auteurs ont trouvé dans le sang des malades atteints de grippe (Canon, Babès, Teissier, Roux et Pittion, Cornil et Chantemesse, Bruschettini, Jarron [2], etc.)

Pfeiffer pense qu'il ne s'agit pas du même bacille ; pour lui, les microbes observés par ces derniers auteurs seraient des agents d'infection secondaire, et en particulier des streptocoques. Le bacille de l'influenza ne passerait pas dans le sang, ou du moins n'y passerait que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

L'influenza ne serait donc pas une septicémie ; les toxines sécrétées et absorbées au niveau des parties atteintes de l'appareil respiratoire suffiraient à déterminer les symptômes généraux. Il s'agirait d'une intoxication et non d'une infection.

La question n'est peut-être pas encore complètement résolue, ainsi que le disait naguère M. Charrin (3), mais il faut bien reconnaître que les arguments qu'apporte Pfeiffer sont fortement appuyés de faits et d'expériences. Il faut attendre de nouveaux travaux pour se prononcer d'une façon absolue et définitive sur ce point important.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juillet. — Présidence de M. Ferrand

Pseudo Tuberculose aspergilaire

MM. Gaucher et Emile Sergent. — Nous avons abservé récemment, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas de pseudo-tuberculose aspergillaire. Ce cas présente une particularité du plus haut intérêt, l'absence certaine du bacille de Koch, affirmée par les résultats de l'inoculation au cobaye. C'est la première fois que l'emploi de ce moyen de recherche, seul capable de fournir un résultat probant, a montré la présence de l'aspergillus fumigatus non associé à celle du bacille de Koch.

Notre malade, homme de 24 ans, d'une santé excellente, n'ayant aucun tuberculeux dans sa famille, a commencé à tousser au mois de mars dernier, juste deux mois après avoir débuté dans le métier de gaveur de pigeons. Il eut, dès le début de sa maladie, deux hémoptysies légères ; quand nous l'examinâmes, il présentait un foyer de congestion assez étendu dans toute la partie moyenne du poumon gauche, accusait une douleur assez vive en ce point, rendait des crachats épais, verdâtres, striés de sang, et

(1) *Deutsche med. Woch.* n° 4, 1894.
(2) Société de biologie, 21 avril 1894.
(3) Société de biologie, 21 avril 1894.

se plaignait d'une sensation fort pénible de chatouillement le long de la trachée. Malgré nos conseils il sortit quelques jours après, très amélioré, et reprit aussitôt son métier. Trois semaines après, il revenait nous voir et nous constations les mêmes symptômes morbides. Depuis nous ne l'avons pas revu.

Dans l'expectoration de ce malade, nous avons trouvé, en suivant la méthode préconisée par les auteurs précédents et en particulier par M. Renon, des filaments mycéliens sur des lamelles colorées au violet de gentiane dilué. Des ensemencements sur liquide de Reaulin nous ont donné de belles cultures d'aspergillus fumigatus ; des spores de ces cultures inoculées dans la veine axillaire d'un pigeon l'on tué en quarante-six heures et nous avons trouvé dans le foie et la rate de ce pigeon des amas de filaments mycéliens et des spores ; un fragment du foie ensemencé sur Raulin a fourni une culture luxuriante.

Enfin, nous avons inoculé sous la peau des lombes un cobaye, avec les crachats de notre malade. L'animal n'a jamais présenté la moindre réaction locale ni générale. Il a même engraissé ; nous l'avons cependant sacrifié ce matin, quarante jours après l'inoculation, nous n'avons trouvé de tubercule en aucune viscère.

Nous sommes donc autorisés à conclure à l'absence des bacilles de Koch chez notre malade, et à considérer notre observation comme un cas certain de pseudo-tuberculose aspergillaire simple. Résultat des plus importants puisqu'il permet de considérer définitivement la pseudo-turberculose aspergillaire des gaveurs de pigeons comme une entité morbide. Véritable maladie professionnelle, intéressant l'hygiéniste autant que le médecin et prenant place dans la classification des affections parasitaires dans le groupe des mycoses, à côté de l'actinomycose.

Note sur les signes d'affaiblissement du cœur dans les fièvres

M. Huchard. Les signes d'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les fièvres ne doivent pas être limités à la constatation de l'affaiblissement et de la disparition du premier bruit ; il faut noter aussi le rythme fœtal ou embryocardie et l'allongement de la période diastolique ou bradydiastolie. Ces trois phénomènes indiquent un grand affaiblissement cardiaque.

Quant à la cause de cet affaiblissement, elle n'est pas toujours la même. M. Rendu faisait remarquer dans une précédente séance, à l'occasion de la communication de M. Galliard, qu'on exagérait la fréquence de la myocardite dans les fièvres. M. Huchard est aussi de cet avis. Les déviations du rythme cardiaque, l'embryocardie, la bradydiastolie peuvent dépendre d'un trouble profond dans l'innervation du cœur et des vaisseaux ; bien souvent ces signes n'indiquent donc pas une myocardite. Cela est vrai en particulier pour la fièvre typhoïde, dans laquelle les altérations du myocarde semblent relativement rares, plus rares surtout que dans la variole.

L'asystolie nerveuse qui survient dans certains cas de fièvre typhoïde par exemple, diffère beaucoup de l'asystolie cardio-vasculaire des cardiopathes, au point de vue clinique, au point de vue anatomo-pathologique. Dans les fièvres, des lésions légères du myocarde semblent produire des phénomènes intenses. Mais on ne fait pas jouer un rôle suffisant à la névrite infectieuse qui est fréquente dans des affections telles que la fièvre typhoïde. M. Vincent a montré tout récemment l'importance de cette névrite dans son travail sur « les Altérations du plexus cardiaque dans la paralysie du cœur consécutive à la diphtérie ».

Le poison typhique semble retentir sur le cœur par irritation de son centre modérateur, tout comme la digitale, et, comme la digitale, il produit une accélération paralytique du cœur. C'est là ce qui explique la contre-indication et les mauvais effets de ce médicament dans la forme cardiaque de la dothiénentérie.

Les troubles cardiaques d'origine grippale se rapprochent de ceux de la fièvre typhoïde.

M. HAYEM pense qu'il n'est pas possible, sans preuves anatomiques à l'appui, de différencier au seul point de vue clinique les troubles dus à une altération du myocarde de ceux qui dépendent d'une lésion nerveuse. La myocardite dans la fièvre typhoïde est plus fréquente que paraît le croire M. Huchard ; elle est même plus fréquente, plus profonde et plus grave que dans la variole. De même dans la diphtérie, on trouve des lésions musculaires très étendues et très profondes. Ces lésions de la fibre cardiaque sont-elles suffisantes pour causer la mort ? Il est difficile de le dire, car elles coïncident avec d'autres causes puissantes, telles que la présence dans l'organisme des poisons microbiens.

M. HUCHARD ne nie pas la myocardite typhique ; mais il lui semble qu'on a exagéré sa fréquence. Il a constaté souvent l'intégrité du cœur de typhiques, qui avaient présenté des troubles cardiaques intenses. D'ailleurs, la disparition réellement rapide de ces troubles chez les typhiques qui guérissent, combat l'idée de lésions diffuses et profonde du myocarde.

M. HAYEM : Les lésions du myocarde sont souvent difficiles à trouver ; les altérations, en effet, siègent alors çà et là en foyers isolés et un examen superficiel ne suffit pas à les faire découvrir. C'est en pratiquant de très nombreuses coupes en divers points que M. Hayem est arrivé à trouver des lésions sur des cœurs qui semblaient au premier abord normaux. Quant à la disparition des phénomènes myocardiques, elle n'est pas aussi rapide que le prétend M. Huchard.

M. SIREDEY n'a constaté, sur plus de trois cent cinquante varioleux, que bien rarement des signes de myocardite. Celle-ci est plus fréquente dans la fièvre typhoïde. De plus, les lésions, dans cette dernière maladie, sont plus profondes et peuvent laisser après elles des altérations permanentes.

Cyanose et inversion des viscères

M. BARIÉ présente un malade de 28 ans chez lequel on constate, avec une cyanose ou maladie bleue, une inversion complète des viscères. Le choc de la pointe du cœur se sent au niveau du mamelon droit; voussure et matité cardiaque à droite. A gauche, matité très étendue qui correspond au foie ; la rate, difficile à apprécier, semble siéger à droite. Au-dessus de la pointe, on entend un souffle systolique qui se prolonge dans l'aisselle droite.

Kyste hydatique calcifié du foie et ulcère simple de l'estomac

M. NETTER a trouvé à l'autopsie d'un homme chez lequel il avait porté le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac, un ulcère très étendu en forme de 8 avec disparition complète de la paroi stomacale aux deux extrémités dont le fond est constitué par le lobe gauche du foie et le corps du pancréas. Mais il existait en même temps un kyste hydatique ancien du foie à paroi calcifiée, gros comme le poing environ et occupant la partie la plus interne du lobe droit. M. Netter pense que ce kyste hydatique a dû comprimer l'artère coronaire stomachique et produire ainsi l'anémie de la paroi stomacale qui a été le point de départ de l'ulcère. Il est à noter que le malade était alcoolique ; en tenant compte seulement des renseignements recueillis de son vivant on aurait pu attribuer à l'alcool la production de l'ulcère.

M. HUCHARD lit une note intitulée : *Une rectification historique en faveur de Vieussens au sujet du pouls et de la maladie dite de Corrigan.*

Le Gérant : L.-G. RICHELOT. Imp. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Duplay : Kyste hydatique du tissu cellulaire sous-cutané. — II. Marcel Baudoin : Les grands établissements hospitaliers de New-York. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Formulaire d'hygiène. — V. Courrier.

Les ateliers étant fermés à l'occasion du 14 juillet, le journal ne paraîtra pas samedi prochain.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Duplay

Kyste hydatique du tissu cellulaire sous-cutané

(Leçon recueillie par M. Gervais de Rouville, interne du service)

Messieurs,

Je désire aujourd'hui appeler votre attention sur un de nos malades de la salle Saint-Landry, qui présente, sur la partie antéro-latérale gauche du thorax, une tumeur d'un diagnostic délicat.

Cet homme, âgé de 25 ans, exerce la profession de serrurier. Rien n'est à signaler du côté de ses antécédents héréditaires et personnels. Aucune tare diathésique ; ni tuberculose, ni syphilis, ni antécédents néoplasiques ; d'une constitution vigoureuse, il a toujours joui d'une santé parfaite.

Il y a six mois, il s'est aperçu, pour la première fois, de l'existence, sur la paroi antéro-latérale gauche du thorax, d'une petite tumeur, grosse comme une cerise ; cette tumeur était absolument indolente ; il ne s'en préoccupa nullement. Il y a quinze jours, nous dit-il, son attention fut de nouveau attirée de ce côté dans les circonstances suivantes : Voulant fixer solidement un morceau de fer pour le limer, il l'immobilisa entre le rebord d'une table et sa paroi thoracique ; il ressentit immédiatement une vive douleur au point de compression du thorax qui correspondait exactement au siège de la tumeur ; il y porta la main, et s'aperçut de la disparition de toute tuméfaction à ce niveau ; cependant la région resta très sensible, et des irradiations douloureuses se firent sentir jusqu'au niveau de l'abdomen, et il fut obligé de garder quelque temps le lit. Trois jours après, à son grand étonnement, la tumeur réapparaît, augmente de volume rapidement et devient même un peu plus grosse qu'elle ne l'était avant sa disparition ; il se décide à entrer à l'hôpital. Nous constatons alors ce qui suit :

Il existe à la base du thorax, du côté gauche, une petite tumeur ovoïde, oblique d'arrière en avant et de bas en haut ; cette tumeur offre le volume d'un œuf de pigeon et mesure 3 cent. 1/2 dans son diamètre transversal, et 2 centimètres dans son diamètre vertical ; son siège répond à l'espace qui sépare la 7e côte de la 8e ; elle n'atteint pas la ligne médiane, la peau qui la recouvre est normale ; elle ne semble pas adhérer par sa partie profonde à la tumeur ; il ne faudrait cependant pas être trop affirmatif sur ce point ; il est nécessaire, pour se rendre compte de l'absence probable d'adhérences, de remarquer qu'en cette région, la peau ne glisse pas facilement sur les tissus sous-jacents ; essayez de la plisser entre vos doigts, en dehors du point où siège la tumeur, et vous verrez qu'on n'y arrive qu'en déterminant la formation d'un pli très épais ; cette constatation anatomique a, dans l'espèce, une grande valeur. La consistance de la tumeur est indécise, dure en certains points, elle paraît rénitente en d'autres ; elle est très mobile

sur les parties profondes, absolument indolente ; elle n'est le siège d'aucun battement; elle est irréductible et son volume n'est nullement influencé par les efforts ni par la toux. Ce dernier caractère nous permet d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur communiquant avec l'intérieur de la cavité thoracique.

Il s'agit donc, suivant toutes les probabilités, d'une tumeur née et développée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quelle est sa nature? Le diagnostic des tumeurs du tissu cellulaire sous-cutanée est entouré de difficultés et les erreurs commises sur l'appréciation de leur nature exacte, sont très fréquentes ; ces tumeurs se présentent toujours avec des caractères plus ou moins altérés, plus ou moins modifiés, qui rendent hésitant le diagnostic.

Le cas qui nous occupe ne fait pas exception à la règle, et il n'est pas jusqu'à la consistance de la tumeur qui ne soit difficile à apprécier ; ce n'est ni la dureté du fibrome, ni la fluctuation d'une tumeur liquide; cependant nous pouvons dire que les probabilités en faveur d'une tumeur solide paraissent les plus nombreuses. Dès lors, on est tout naturellement amené à penser au fibro-sarcome. La lobulation habituelle du lipome permet de ne pas s'arrêter à ce diagnostic. S'agirait-il d'un ancien foyer hématique, d'un hématome traumatique? Le malade est très affirmatif sur ce point ; il n'a jamais subi aucun traumatisme thoracique. L'existence d'un hygroma professionnel d'une bourse séreuse développée en ce point, à la suite de contusions multiples, de pressions répétées, ne saurait être admise davantage ; la profession du malade ne l'exposant en aucune façon à ce genre de traumatisme.

L'absence d'antécédents de vérole, comme de tout signe actuel de cette affection, ne nous permet pas de nous arrêter au diagnostic de gomme syphilitique ; pour des raisons analogues, nous éliminons l'hypothèse de gomme tuberculeuse.

Les angiomes sous-cutanés offrent une consistance molle, spongieuse; la peau qui les recouvre est souvent bleuâtre et sillonnée d'arborisations vasculaires.

L'hypothèse d'un kyste sébacé est rendue peu vraisemblable par l'indépendance constatée entre la peau et la tumeur.

Il me reste à vous signaler deux sortes de tumeur auxquelles il faut absolument penser : les kystes dermoïdes du tissu cellulaire sous-cutané qui offrent souvent une consistance indécise analogue à celle de notre tumeur; les kystes hydatiques dont il faut toujours soupçonner la présence, en face d'une tumeur du tissu cellulaire sous cutané ou des muscles, de nature indéterminée.

C'est ici le moment de revenir sur l'affirmation du malade qui aurait vu sa tumeur disparaître complètement, sous l'influence de la pression violente subie par son thorax,

Si ce renseignement est exact, nous ne pouvons admettre que deux hypothèses : ou la tumeur communiquant avec la cavité thoracique s'est réduite dans cette cavité ; nous avons déjà vu qu'il n'en était rien ; ou la tumeur est de nature liquide ; ses parois se sont rompues, elle a éclaté et son contenu s'est répandu brusquement dans le tissu cellulaire environ-

nant provoquant par sa présence ces phénomènes douloureux persistants, accusés par le malade ; il ne peut dès lors être porteur que de tumeurs à contenu sanguin ou à contenu séreux ; contre l'existence des premières, plaide l'absence absolue d'ecchymose ; resteraient donc les secondes, kystes dermoïdes, kystes hydatiques. Je diagnostiquerai volontiers ici kyste hydatique, car le contenu des kystes dermoïdes est le plus souvent huileux, pâteux, et sa résorption ne se serait pas faite en un temps aussi court.

Si le renseignement fourni par le malade est inexact, il s'agit d'une tumeur solide, et je diagnostiquerai sarcome.

De plus, nous possédons un moyen de sortir d'embarras : extirpons la tumeur au bistouri et examinons-la.

— La tumeur a été extirpée séance tenante. Il s'agissait d'un kyste hydatique du tissu cellulo-sous-cutané, entouré d'une épaisse zone de tissu fibreux très dense.

LES GRANDS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE NEW-YORK (1).

Par Marcel Baudouin, Chargé de mission aux Etats-Unis et à l'Exposition de Chicago.

Enumérer les nombreux établissements hospitaliers qu'on peut rencontrer à New-York serait peine inutile. Aussi bien n'y devra-t-on visiter que quelques hôpitaux : *Roosevelt*, *Bellevue*, *Presbyterian*, *New-York*, *Mont-Sinaï*, *Saint-Vincent Hospital*, *Saint-Luke's*, *Woman's Hospital*, etc. Et, après avoir vu *Roosevelt*, on pourrait sans crainte se déclarer satisfait. *Presbyterian* n'est, en effet, intéressant qu'à un point de vue particulier; *Bellevue* est déjà bien antique; et les autres ne présentent rien de bien spécial.

Bellevue Hospital est une vieille construction, dont la fondation remonte à 1826, située au bord de l'eau, sur la rive new-yorkaise de l'East-River, non loin de la morgue et de l'école de médecine de même nom. Il renferme environ 800 lits et est très fréquenté par les étudiants. Il reçoit journellement un grand nombre de blessés ; on y fait beaucoup d'interventions importantes et, comme dans la plupart des grands hôpitaux de New-York, on affiche sur un tableau spécial, dans le *hall* d'attente, la liste des opérations qui doivent être pratiquées dans la semaine ; et, quand un étranger désire y assister, on le prévient gracieusement à son domicile particulier : on ne saurait être ni plus pratique ni plus aimable. Les habitants de la ville et du conté de New-York sont seuls admis gratuitement; les autres paient une redevance de 15 dollars par mois. Les visites des malades ont lieu tous les jours de 11 h. à 2 h. du soir.

Je n'insiste pas sur tout ce que j'y ai vu : l'école d'infirmières (Training school for Nurses) (2); la morgue, qui n'est guère qu'une dépendance de l'hôpital, avec ses boîtes à cadavres disposées comme les casiers à lettres des grandes postes de Paris et de New-York et où les étudiants s'exercent à des exercices cadavériques ; les tentes blanches dressées dans la cour pour les malades atteints de typhus (il n'y en avait que quelques-uns); le vieux bateau de guerre amarré sur le quai, qui, malgré ses formes bizarres, doit servir encore de pavillon d'isolement pour les cholériques à venir. On ne reçoit pas, en effet, dans l'hôpital lui-même, les affections contagieuses.

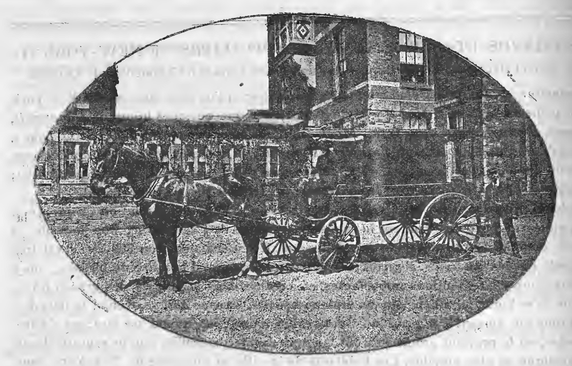
(1) Extrait d'un Rapport de mission adressé à M. le Ministre du commerce (*La Médecine transatlantique*, 1 vol. de 346 pages, avec 15 figures), Imp. nat., et d'un article de la *Semaine médicale*, 1893.

(2) C'est la plus importante des Etats-Unis. Les études y durent deux ans. Fondée en 1874, elle est « consectarian ».

Je mentionne simplement le système d'ambulances qui y est annexé et qui possède une organisation indépendante. La voiture part à tout appel de la police.

Je préfère y signaler l'existence d'un vaste bâtiment, spécialement réservé aux alcooliques, qui pullulent à New-York et qui sont surtout d'origine irlandaise. La visite de ces chambres, où le *delirium tremens* et la pneumonie avec œdème pulmonaire sont choses fréquentes, est vraiment intéressante; dans la salle des pas perdus et les couloirs où se promènent les malades qui peuvent se lever, j'ai remarqué le mode de chauffage, de nombreux crachoirs en papier maché (ils étaient jadis en bois, mais les agités se les jetaient à la tête et se blessaient; c'est pour cela qu'on les a changés). On sait qu'en Amérique on met des crachoirs dans tous les lieux publics ; gares de chemins de fer, wagons, salles d'hôpital, bateaux, restaurants, etc.

On ne retrouve pas à Bellevue la propreté exemplaire de *Johns Hopkins*, de Baltimore; mais les salles de malades n'en sont pas moins ornées de fleurs, offertes par les dames de la ville, de bibliothèques bien fournies, voire même de cages aux oiseaux gazouilleurs.



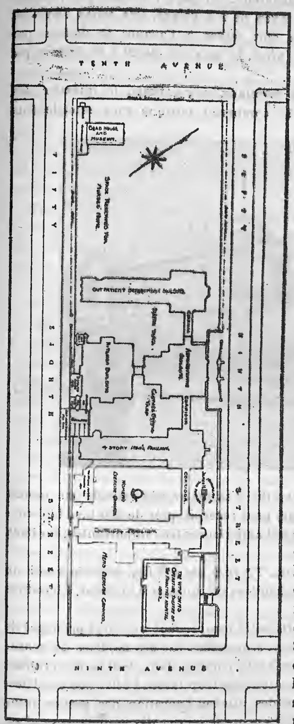
Roosevelt Hospital est le *clou* d'une visite médicale à New-York et l'un des établissements qu'un médecin doit voir au cours d'un voyage en Amérique. On trouvera là un hôpital de 200 lits environ (250 à la rigueur, tout compris), assez bien aménagé, quoique sa construction, qui remonte à 1864, ne soit pas absolument conforme aux données modernes. Situé entre la 58e et la 59e rue de la 9e et la 10e avenue il n'a été ouvert qu'en 1871 ; mais récemment il s'est accru d'une fondation spéciale très importante : *Syms Operating Building*, sorte d'institut chirurgical modèle, que j'ai déjà décrit ailleurs (1).

Comme dans la plupart des hôpitaux de New-York, on n'y reçoit pas les affections contagieuses ni les maladies chroniques. On devra y visiter le Dispensaire (87,430 consultations en 1890) et surtout le service des ambulances. En 1890, les voitures de cet hôpital ont été appelées 1,513 fois.

L'installation de salle de médecine est véritablement un modèle.

(1) *Archives provinciales de Chirurgie*, juin 1894.

C'est aussi à *Roosevelt* qu'on pourra étudier tous les moyens utilisés en Amérique pour parer aux incendies (sceaux pleins d'eau dans les couloirs, robinets et bouches d'eau partout, etc.), que j'ai vu utiliser comme à *Johns Hopkins Hospital* de Baltimore la température prise dans l'intérieur de la cavité buccale, des paravents spéciaux pour isoler les malades dans les salles ; qu'on trouvera de l'eau glacée et des rocking-chairs dans tous les couloirs, etc. Comme à *Presbyterian*, le nom des donateurs de lits est inscrit sur une plaque aux pieds de chacun d'eux. Je m'étonne seulement qu'on n'ait pas encore songé à indiquer le nombre de dollars donnés!



Presbyterian Hospital construction qui remonte à vingt-cinq ans environ et qui s'élève au coin de Madison Avenue et la 70e rue, est aussi très remarquable par son bon entretien, par la belle disposition de ses salles, malgré leurs dispositions restreintes, par son dispensaire, par son service d'ambulances volantes, analogues à celles de *Roosevelt*, et surtout par son système de ventilation; autant de points qu'il mefaudrait décrire en détails.

L'hôpital contient environ 400 places; mais, en cas d'urgence, on peut recevoir 450 malades. Beaucoup de lits sont des fondations privées, comme à Roosevelt, et on voit, en parcourant les salles, les noms des donateurs inscrits au pied de chacun d'eux. 10 p. 100 seulement des hospitalisés payent 7 dollars par semaine. On ne reçoit aucune affection contagieuse ni aucune maladie chronique.

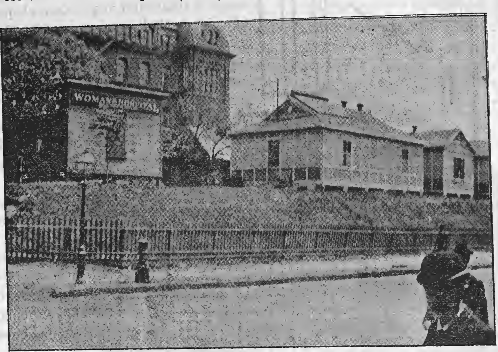
Mont-Sinaï Hospital, dont la création remonte à 1852, mais qui ne fonctionne guère que depuis 1857, est situé Lexington Avenue et 66e rue. C'est, comme les précédents, un hôpital général. Il renferme environ 200 lits et les blessés y sont admis gratuitement ; mais la plupart des autres malades payent 7 dollars par semaine. On y soigne environ 3,000 malades par an. Budget de 1891 : recettes, 143.916 dollars ; dépenses, 100,000 dollars environ. Un dispensaire, c'est-à-dire un service de consultations externes, comme nous disons à Paris, est annexé à cet hôpital. Il y a des spécialistes pour les oreilles et les yeux, et pour le larynx. Mont-Sinaï est aussi célèbre par sa florissante école d'infirmières, qu'on vient d'installer dans le New-Dispensary Building, dans la 67e rue.

C'est en 1850 que fut reconnu *Saint-Luke's Hospital*, placé au coin de la 54e rue et de

(1) Les ambulances de *Presbyterian Hospital* ont pour domaine le quartier de New-York, à l'est du Central Park, entre la 50e et la 110e rue. En 1891, elles ont été appelées 1,125 fois. Ce sont peut-être, avec celles de *Roosevelt*, les plus importantes de la ville.

la 8e avenue, dont l'école d'infirmières est aussi très appréciée en Amérique (1). On y admet, sans faire de distinction, les diverses affections chroniques; mais les malades de cette catégorie n'y peuvent rester qu'un certain temps ; un pavillon spécial leur est réservé. On n'y reçoit pas, par contre, les contagieux, les épileptiques, les morphinomanes, les alcooliques, les vénériens et les cancéreux. On paye 7 dollars par semaine pour les adultes, 4 dollars pour les enfants âgés de 2 à 12 ans. Des salles spéciales existent dans l'établissement; mais alors on doit solder à l'avance 15 dollars par semaine ; quand on occupe un appartement privé, le prix est de 20 à 60 dollars par semaine.

Comme on le voit, dans presque tous les hôpitaux new-yorkais, le quartier des payants est extrêmement important : ce qui se comprend, puisque tous sont des fon-



dations privées. *Saint-Luke's Hospital* est susceptible d'admettre 220 patients au moins.

Saint-Vincent's Hospital (11e rue et 7e avenue) peut recevoir près de 200 lits. Les contagieux ne peuvent y rentrer. Petit dispensaire et ambulances très importantes; en 1859, ces dernières ont fonctionné 1,966 fois.

Germain Hospital and Dispensary (4e avenue, 77e rue), de 165 lits, possède aussi un dispensaire et des ambulances. Une école d'infirmières est annexée à l'hôpital. Chambres particulières de 15 à 35 dollars par semaine.

C'est aussi un très bel édifice que *New York Hospital*, comprenant un corps principal de bâtiments avec plusieurs quartiers, qui semblent à première vue des modèles du genre; malheureusement, la place fait défaut à New-York, comme dans toutes les grandes villes, et l'ensemble a l'air un peu mesquin, en tout cas trop tassé ; l'éclairage est défectueux par suite du trop grand rapprochement des ailes et l'aération des parties inférieures est notablement insuffisante. A signaler encore le service des ambulances qui, en 1890, a été appelé à fonctionner 1,372 fois. Le dispensaire et l'école d'infirmières (6, West, 16e rue) sont à mentionner (2).

(1) Quelques misses sortant de cette école ont fait le service à l'hôpital de la *World's Fair* pendant l'Exposition de Chicago. Il y a une limite d'âge ; on ne peut y entrer que de 23 à 35 ans.

(2) C'est à dessein que je ne parle pas ici des hôpitaux homéopathiques, eclectiques, etc. J'ai voulu me limiter aux institutions que fréquentent les médecins réguliers.

Je cite à dessein, malgré leur importance moindre, quelques hôpitaux organisés spécialement au point de vue des secours publics et pourvus d'ambulances volantes. C'est d'abord *House of Relief* (1875) *of Society of N. Y. Hospital*, de 160 chambres, destiné exclusivement aux accidents et gratuit. Son service d'ambulances est extrêmement actif ; il a répondu, en 1891, 2,678 fois aux appels de la police. *Manhattan Dispensary and Hospital*, hôpital depuis 1884 seulement, comprend une cinquantaine de lits. Ses ambulances desservent le quartier ouest de la 86e rue à Youkers et Williambridge et de la 6e avenue à North River. *Fordham Reception Hospital*, 2,456, Valentine avenue, avec des ambulances moins importantes, de même que *Harlem Reception Hospital and Dispensary*, dépendance de *Bellevue Hospital*, etc., etc.

Je n'ai nommé jusqu'ici que les hôpitaux généraux. Il existe, en outre, à New-York, une foule d'hôpitaux spéciaux pour les convalescents, les nerveux, les contagieux, les enfants, les femmes, etc., sans compter d'innombrables dispensaires. Je me bornerai à citer deux d'entre eux que j'ai visités, pour ne pas allonger outre mesure cette fastidieuse énumération.

Woman's Hospital, dont l'entrée principale est dans la 49e rue, entre la 4e Avenue et Lexington Avenue, est constituée par de vieux bâtiments qui ne valent certainement pas une aussi longue visite que celle que je leur ai faite, attiré par ce titre alléchant. Il y a bien, a côté des grosses constructions de briques, déjà anciennes, à quatre étages, dans un terrain vague voisin, des baraquements en bois où sont installés des services divers, et que j'ai pu photographier (V. fig); mais tout cela n'est guère à la hauteur des exigences de l'hygiène moderne. J'y ai assisté à plusieurs opérations pratiquées par le docteur Cleveland, praticien fort habile, mais gynécologiste de la vieille école, quoique fort au courant des travaux récents.

J'ai demandé pourquoi *Woman's Hospital* était resté si en retard et s'était laissé distancer par d'autres fondations hospitalières de New-York. Immédiatement on m'a appris qu'on venait de lui faire un don considérable et que dans quelques années s'élèveraient, à la place de ces baraques usées, des installations aussi riches que celles de Roosevelt !

New-York Eye and Ear Infirmary est le plus ancien et le plus important des dispensaires de ce genre dans la région. On remarquera, comme nous l'avons signalé bien des fois, que les maladies des oreilles y sont soignées concurremment aux affections oculaires. C'est presque une règle générale aux Etats-Unis : les ophtalmologistes sont en même temps auristes. Dans cet établissement, dont le service des consultations gratuites est assuré par une quarantaine de médecins, on a fait en 1891 plus de 1,000 opérations et vus plus de 60,000 malades.

Ces quelques lignes montreront, je l'espère, que je n'exagère rien en prétendant que peu de traits saillants distinguent les hôpitaux généraux de New-York. S'ils brillent par leur nombre, par la propreté et le luxe de leurs appareils à incendie, si quelques-uns ont un air moins vieillot que la plupart des autres, il n'y a guère que la visite de *Syms Operating Theatre* qui, réellement, puisse contre-balancer les fatigues d'une traversée transatlantique. Je m'étonne seulement qu'il ne se soit pas encore trouvé, dans la métropole de l'Amérique du Nord, un philanthrope millionnaire qui ait songé à éclipser la gloire du marchand de Baltimore, le célèbre *Johns Hopkins*, dont la création vaut à elle seule l'excursion d'outre-mer.

Mais si, par eux-mêmes, les hôpitaux généraux ne présentent rien de bien particulier, il n'en est pas ainsi de deux de leurs annexes : je veux parler des *Ecoles d'infirmières* et du *service des Ambulances*. Nulle part au monde on ne trouve rien de semblable, rien de si réellement admirable ! Des soins *compétents* et *instantanés*, voilà à quoi se réduisent ces deux créations américaines; et pourtant quels progrès n'ont-elles pas permis de réa-

liser! Ce n'est pas le lieu de développer ces idées; mais je ne pouvais terminer cet article sans les louer avec tout l'enthousiasme dont je suis capable.

Si l'on ajoute à ces deux merveilles l'institution des hôpitaux spéciaux, l'isolement des contagieux, le développement qu'ont atteint là-bas les asiles pour enfants arriérés, etc., on voit qu'un grand nombre de ceux qui s'occupent en France d'assistance publique auraient besoin de faire un petit tour dans cet étonnant pays. Je ne puis que les y engager; mais ils reviendront de leur voyage d'études avec plus d'un regret dans le cœur.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

Traitement chirurgical des néoplasmes de l'estomac

M. TUFFIER. — Chez une femme de 50 ans, présentant tous les signes d'un néoplasme de l'antre pylorique avec obstruction, M. Tuffier fait une laparotomie de 10 centimètres sur la ligne médiane à partir de l'appendice xiphoïde. La tumeur, unique et bien limitée, occupe la région pylorique, la grande courbure et les deux faces de l'estomac, sans empiéter sur le pylore. Le chirurgien isole un segment cylindrique entre deux pinces chaussées de caoutchouc; puis il rétrécit la section du côté de la grande courbure en suturant muqueuse à muqueuse au catgut, et séreuse à séreuse à la soie, de façon à ne garder à la partie supérieure de l'incision qu'une circonférence de dimensions à peu près égales à celles de la section pylorique, Il affronte alors ces deux circonférences. Une double suture de la paroi postérieure péritonéale, puis une suture muco-muqueuse assurent l'affrontement parfait et en surface. On fait de même pour la face antérieure. Sur la petite et sur la grande courbures, l'affrontement stomacal est doublé de l'affrontement des épiploons. — La guérison est complète et persiste sans aucun trouble fonctionnel depuis sept mois et demi. — L'examen histologique du néoplasme a révélé un épithéliome colloïde typique.

M. QUÉNU présente une malade à qui il a pratiqué une *pylorectomie pour cancer après gastro-entérostomie préalable, au moyen du bouton de Murphy*. C'est une femme de 33 ans, atteinte d'un cancer du pylore ayant envahi la première portion du duodénum et quelques ganglions lymphatiques. Les troubles gastriques datent de six mois et consistent en intolérance gastrique complète, douleurs et vomissements. M. Quénu fit d'abord une laparotomie exploratrice pour confirmer le diagnostic et s'assurer de l'opérabilité du néoplasme. Quinze jours après, il fit la pylorectomie de la façon suivante : dans un premier temps, il anastomose la face antérieure de l'estomac avec le jejunum au moyen du bouton de Murphy ; puis il applique deux pinces sur l'estomac, dissèque la tumeur et l'enlève ; il rase ensuite le bord supérieur du pancréas et excise la première portion du duodénum ; enfin il ferme isolément les solutions de continuité stomacale et duodénale. — Les suites de l'opération furent excellentes et dix-neuf jours après la malade se levait. — L'examen histologique a confirmé la nature carcinomateuse du néoplasme.

Agent pathogène de l'influenza

M. BOUSSY lit une auto-observation tendant à démontrer la nature et le mode d'action de l'agent pathogène de l'influenza, ainsi qu'à établir un traitement et curatif et préventif de cette maladie.

Sur un cas de cholécystotomie

M. Fontan (de Toulon) relate un cas de cholécystotomie pour lithiase biliaire avec cathétérisme et désobstruction des voies biliaires par des injections d'éther.

Névrite périphérique et gangrène

M. Panas présente un rapport sur l'observation du docteur Piedvache : *Névrites périphériques primitives, ulcération dystrophique, puis gangrene sèche du gros orteil.* Le rapporteur fait remarquer que l'intérêt de l'observation réside dans la coïncidence de la gangrène avec le mal perforant ; coïncidence déjà établie par M. Duplay.

Anurie calculeuse et néphrolithomie

M. Legueu lit une observation d'anurie calculeuse opérée le cinquième jour et guérie par la néphrolithomie avec suture complète de la plaie rénale. Le rein fut mis à nu par une incision lombaire et fendu sur son bord convexe ; le cathétérisme de l'uretère à travers la plaie rénale démontra l'existence d'un calcul intra-urétrale qui fut refoulé dans le bassinet et extrait. Après quoi une sonde introduite à nouveau dans l'uretère s'engagea jusqu'à la vessie. Le cathétérisme rétrograde de l'uretère a rendu grand service en démontrant la perméabilité du conduit après la levée de l'obstacle et en permettant de fermer sans crainte la plaie rénale, ce qui assura au malade une guérison rapide et complète.

M. Robin dépose un pli cacheté sur l'action de certains glycéro-phosphates et leur application thérapeutique.

M. Gaube (du Gers) fait une communication sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par des injections sous-cutanées d'une solution chlorurée-zodique complexe.

M. Magnan lit le discours qu'il a prononcé à l'inauguration des bustes de Baillarger et Fabret.

Au cours de la séance, M. Jacquemin (de Nancy) est élu membre associé national par 32 voix sur 58 votants.

FORMULAIRE D'HYGIENE

Examen des viandes de boucherie

La viande de boucherie est après les céréales l'élément le plus important de l'alimentation des peuples. Il s'en consomme en France environ 1,300,000 kilogrammes par an ; il importe donc au plus haut point de pouvoir en apprécier la bonne ou la mauvaise qualité.

La viande de boucherie comprend les animaux appartenant à l'espèce bovine (bœufs, taureaux, vaches et veaux), les moutons, les boucs, les chèvres et les porcs.

1° *Viande de bœuf.* — Le type de la viande de boucherie de bonne qualité est le bœuf. Il a son maximum de valeur alimentaire, lorsqu'il est âgé de sept ans et qu'après avoir été élevé au grand air, il a été mis à l'engrais, avant d'être livré aux bouchers.

Les bœufs qu'on doit préférer sont ceux qui pèsent environ 250 kilogrammes et le poids des os ne doit pas dépasser 18 à 20 pour 100 de la masse totale, non compris les pieds.

La vache quand elle est jeune et convenablement engraissée, constitue un aliment très convenable ; mais il faut la rejeter quand elle est vieille et épuisée par la lactation. Celles du poids moyen de 150 kilogrammes sont les meilleures.

La chair du veau, plus blanche, plus tendre, de digestion plus facile convient aux valétudinaires, aux estomacs débiles. Il faut préférer les veaux de quatre à cinq mois qui ont été nourris exclusivement du lait de leur mère.

La viande de boucherie doit être d'une couleur franche, variable suivant sa provenance (rouge pour le bœuf, un peu moins foncée chez la vache, d'un blanc rose chez le veau). Elle est plus ferme par le temps sec et froid que quand l'atmosphère est chaude et humide, plus résistante le lendemain de l'abatage que le jour même.

La viande de bonne qualité se coupe facilement et laisse voir à la surface d'une section perpendiculaire aux fibres, une fine mosaïque de petits polygones dont chacun est la coupe d'un faisceau musculaire. On dit alors qu'elle a le grain fin et serré.

La viande de bonne qualité, fournit à la pression, un jus légèrement acide ; l'odeur est douce et fraîche. On ne doit voir, dans l'épaisseur, ni ecchymoses, ni infiltrations sanguines ou séreuses. La moelle des os longs doit être ferme, solide, blanche ou d'un jaune légèrement rosé ; celle des os courts est rosée et se fige rapidement.

Il faut rejeter les viandes pâles, flasques, maigres, d'aspect gélatineux,

Les viandes par les temps chauds et humides s'altèrent rapidement. On le reconnaît à leur mollesse, à leur odeur, à leur aspect verdâtre et il faut les rejeter.

On doit également exclure de la consommation, les viandes d'animaux atteints de maladies transmissibles à l'homme; mais il n'est pas toujours possible de s'en assurer lorsque les animaux sont morts et que la viande a été *parée* par le boucher. Il en est deux pourtant qu'il est possible de reconnaître après l'abatage : la *tuberculose* et la *ladrerie bovine*. Nous indiquerons les caractères dans un autre article.

(*A suivre.*)

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Paul Berger vient d'être nommé professeur. Nous avons déjà dit qu'il avait été placé à l'unanimité sur la liste de présentations de la Faculté.

Nous nous permettons d'adresser tous nos compliments au jeune maître, persuadé que nous ne sommes que l'interprète de la pensée de tous.

— M. Hédon est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le docteur Retterer, agrégé à la Faculté de médecine, est désigné pour occuper, au cours d'enseignement supérieur de l'Hôtel de Ville, la chaire de biologie en remplacement de M. Pouchet, décédé.

— Jeudi a eu lieu à l'hôpital Tenon la distribution des prix aux infirmières et aux infirmiers ayant suivi les cours du soir organisés dans cet hôpital en 1887.

Remise a été faite à 16 infirmiers ayant obtenu leur certificat d'études, des livrets de caisse d'épargne offerts par l'administration, le docteur Felizet et les internes en médecine.

— Le Conseil municipal a voté la somme de 5,000 francs pour l'établissement d'un jardin dans l'enclos de l'hôpital Trousseau.

— Les médailles d'honneur et les mentions honorables suivantes ont été accordées, en récompense du dévouement déployé au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi en 1893-94 dans le département du Finistère :

Médailles d'or : MM. les docteurs Léseleuc et Caradec (de Brest) ; Guiader (de Lambézellec).

Médailles de vermeil ; MM. les docteurs Anner et Cerf-Mayer (de Brest) ; MM. les médecins de la marine Bourdon, à l'Ile-Molène ; Négadelle, Le Floch et Vincent à Camaret.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Allain (de Saint-Pierre-Quilbignon) ; Le Port (à Lanildut).

Médailles de bronze : MM. les quartiers-maîtres infirmiers de la marine Le Fur, à Lambézellec ; Gourion, à l'Ile-Molène ; Prigent, à Plouarzel ; Mazé, à Camaret ; MM. les matelots infirmiers de la marine Landuré, á Lambézellec ; Cloarec, à l'Ile-Molène ; Mmes Brès, en religion mère Brès ; Colichet, en religion mère Saint-André ; de Parouès, en religion sœur Saint-Victor, attachées à l'hôpital de Brest ; M. Loustalot, infirmier à l'hospice de Brest ; Mme André, infirmière à l'hospice de Brest.

Mentions honorables : M. Divanach, infirmier à l'hospice de Brest ; Mme Merrer, infirmière à l'hospice de Brest.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Cambours est nommé préparateur du cours d'histoire de la médecine.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Coignet est institué chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Bruant est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Pozzi a été élu conseiller général pour le canton d'Issigeac (Dordogne).

— Sur la proposition du baron Blanc, ministre des affaires étrangères, notre collaborateur M. le docteur J. Comby, médecin de l'hôpital Tenon, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de la Couronne d'I alie.

Association britannique pour l'avancement des sciences a Oxford. — La réunion de l'Association britannique pour l'avancement des sciences, qui aura lieu à Oxford, en août, paraît devoir être particulièrement brillante. Nous ne saurions trop engager ceux de nos compatriotes qui sont invités à cette réunion à y assister. Oxford est la ville universitaire par excellence (avec Cambridge, qui n'est guère éloignée et où l'on devra passer au moins quelques heures) ; c'est une des plus intéressantes et admirables agglomérations de bâtiments anciens et d'architectures variées ; l'occasion est excellente pour voir Oxford dans son beau, et pour comprendre l'organisation universitaire, si différente de la nôtre, dans les meilleures conditions et avec le public scientifique le plus intéressant. (*Rev. Sc.*).

Nous ne pouvons mieux faire que de porter à la connaissance de nos lecteurs cette lettre du professeur Semmola au président de l'Académie de médecine.

« Monsieur le président,

« Fidèle aux sentiments de sympathie profonde qui tout jeune encore m'ont fait aimer la France comme une seconde patrie, lorsqu'il y a quarante ans je vins à Paris compléter mes études de médecine avec Andral, Trousseau, Bernard et tant d'autres immortels professeurs qui me prodiguèrent une bienveillance presque paternelle, je viens vous dire la douleur bien vive et le sentiment d'horreur qui me frappa en apprenant le crime horrible qui ravit à la France son chef de choix.

« Veuillez, Monsieur le Président, vous faire l'interprète de mes sentiments de condoléance envers les illustres collègues de cette Académie, à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir. Que le pur sang versé dans ce grand malheur, au jour anniversaire où, il y a trente-cinq ans, le sang français mêlé au sang italien coula sur les campagnes de Magenta et de Solférino pour préparer la résurrection de la patrie italienne, sous le drapeau de la glorieuse maison de Savoie, puisse arroser la fleur d'amour et de paix qui doit renaître pour rétablir entre ces deux nations, que j'aime presque à titre égal, le rêve constant de ma vie pour leur bonheur et leur grandeur présente et future.

« Avec ce vœu du cœur, agréez, Monsieur le Président, l'expression des sentiments sincères et de haute considération avec lesquelles je suis votre dévoué : M. Semmola, (le seul professeur italien vivant membre correspondant de l'Académie de médecine de

Paris, chevalier de la Légion d'honneur, professeur de l'Université de Naples, sénateur du royaume d'Italie, membre du Comité franco-italien pour la propagande conciliatrice). »

Le dispensaire Leprévost au Havre. — Au Havre, vient d'avoir lieu l'inauguration du Dispensaire qui porte le nom du Dr Leprévost, enlevé tout jeune encore à la science et à ses malades. Une assistance nombreuse, composée de dames, de souscripteurs, des médecins du Dispensaire, ayant à leur tête leur dévoué chef, M. le Dr Powilewicz, était présente à la cérémonie On remarquait également Mme veuve Leprévost en grand deuil, qui avait tenu à assister à cette solennité, malgré son émotion facile à comprendre. Le buste du Dr Leprévost était entouré de roses. M. le Dr Powilewicz a retracé la vie de Leprévost et les applaudissements unanimes de l'assistance ont prouvé qu'elle s'associait à ses paroles. La cérémonie s'est terminée par une visite dans les salles du Dispensaire. La quête faite au profit de l'œuvre a produit un millier de francs.

Les étudiants en médecine et le service militaire. — A l'une de ses dernières séances, le Sénat a voté la loi Labbé d'après laquelle est porté, de 26 à 27 ans, l'époque à laquelle les étudiants en médecine devront être docteurs ou internes, sous peine de faire deux années supplémentaires de service militaire.

Sur la proposition de M. Thézard la même mesure est applicable aux candidats au doctorat en droit.

Reste la Chambre ; nous avons déjà annoncé les instantes démarches faites par nos confrères des deux Chambres pour aboutir rapidement à un résultat. C'est dire que nous espérons fort que la mesure sera définitive avant la fin de la session.

Exercice illégal de la médecine. — La femme Blin, condamnée au Mans, a fait appel et a été acquittée à Angers. Voici les considérants :

« Considérant, dit le jugement, que de l'examen du dossier il résulte que l'inculpée s'est uniquement bornée, vis-à-vis des personnes qui sollicitaient ses soins, à pratiquer sur elles, par-dessus leurs vêtements, des passes magnétiques, à appliquer sur le bras du sieur Hermange un barreau magnétique et à conseiller à la plupart comme boisson l'emploi d'eau aimantée ;

« Considérant que si, sous l'empire de la loi de ventôse an XI qui ne définissait pas l'exercice illégal de la médecine, ces faits pouvaient être réprimés, il n'en saurait être de même depuis la loi du 30 novembre 1892 qui a défini, quoique en termes assez vagues, ledit exercice illégal ;

« Considérant, en conséquence, que la veuve Blin, en se livrant sur diverses personnes aux pratiques magnétiques ci-dessus relatées et en conseillant l'absorption d'eau aimantée, ne saurait être considérée comme ayant exercé un traitement ou prescrit des médicaments de nature à entraîner contre elle les peines édictées par la loi de novembre 1892. »

D'après la nouvelle loi, en effet, le massage et l'hypnotisme sont des pratiques permises et certains magistrats ne condamneraient plus pour exercice illégal de la médecine des personnes n'ayant pas prescrit de médicaments.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène. — II. E. R. : La Société de chirurgie. — III. Académies et sociétés savantes : Société de biologie. — IV. Feuilleton. — V. Courrier.

HYGIÈNE

—

Les morphinomanes et les fumeurs d'opium

L'opium tient sous sa dépendance 200 millions d'Asiatiques et il commence, depuis quelques années, à envahir l'Occident. Il occupe donc un rang très distingué parmi les substances auxquelles les hommes s'adressent pour se procurer des jouissances factices, pour oublier leurs chagrins ou se distraire de leurs ennuis, et ces *intoxications volontaires* sont au premier chef du ressort de l'hygiène.

On n'use pas de l'opium de la même manière dans tous les pays sur lesquels il a étendu son empire. Les Orientaux le consomment en nature ; on le mâche en Turquie, on le fume dans l'Inde et en Chine ; mais en Europe, on ne fait guère usage que de son principal alcaloïde, la morphine, et on l'absorbe en solution sous forme d'injections hypodermiques. Ce dernier mode d'intoxication est le plus intéressant pour nous et c'est de lui que je m'occuperai d'abord ; mais je passerai ensuite en revue les travaux récents et pleins d'intérêt qui ont paru en France et en Angleterre sur les fumeurs d'opium.

Les *teriakis* du Levant et les fumeurs de *Chandoo* (c'est le nom qu'on donne à la préparation d'opium dont on fait usage en Chine) ont des ancêtres qui remontent aux temps les plus reculés, tandis que la morphinomanie est un vice qui compte à peine trente ans d'existence. La morphine a été, comme on le sait, découverte par Sertuemer au commencement du siècle, mais elle serait encore confinée dans les officines pharmaceutiques, si Pravaz n'avait pas imaginé la petite seringue qui permet d'introduire les médicaments sous la peau et de les livrer au pouvoir absorbant du tissu

---

FEUILLETON

—

Les Morticoles

Le livre dont je veux vous entretenir est l'œuvre, vous le savez, d'un transfuge que les aridités de la science médicale ont lassé promptement et que les difficultés de la carrière ont rebuté dès sa première prise de contact avec elles. Un échec au concours de l'Internat, telle est la minuscule origine et bien disproportionnée avec son effet d'où est sorti ce gros pamphlet à prétentions tapageuses dont la médecine ne recevra, à mon avis, aucun dommage, ni la littérature aucun lustre. L'auteur, en l'écrivant, n'a fait de tort qu'à lui, car son ouvrage serait, s'il en était besoin, la meilleure justification de ceux qui ne lui ouvrirent pas à deux battants, jadis, la porte des hôpitaux. La profession avec laquelle M. Léon A. Daudet s'est brouillé, exige plus de calme, de sang-froid, de mesure et de philosophie qu'il n'en a. Je ne serais pas étonné, d'un autre côté, que les lettres ne demandassent aussi d'autres qualités que celles qu'on rencontre dans les *Morticoles* et je me prends à craindre que le jeune écrivain ne rencontre dans cette autre voie plus de pierres et plus d'épines que l'hypéresthésie de son épiderme n'est en

cellulaire qui le double. Les perfectionnements apportés à l'instrument primitif, en ont rendu l'usage si facile que tout le monde peut s'en servir.

Introduites dans la thérapeutique médicale en 1855, par le docteur Wood, les injections hypodermiques ont été vulgarisées en France par Béhier et adoptées ensuite par tous les praticiens. Ce sont les injections de morphine qui ont été les premières employées et qui ont eu le plus de succès. Il n'existe pas de moyen plus prompt et plus sûr de calmer la douleur, c'est la Providence des névropathes, des cancéreux, de tous les malheureux que la douleur affole et de ceux qu'on n'espère plus guérir ; mais cette propriété si précieuse devient un danger par sa séduction même. Dans les affections nerveuses, la douleur se révolte après quelques heures de calme, le malade réclame une nouvelle application du remède qui l'a si promptement soulagé ; le médecin est fatalement conduit à rapprocher les piqûres et à augmenter les doses, parce qu'il n'est pas de remède auquel on s'accoutume aussi vite, et, s'il n'y prend pas garde, il fait de son malade un morphinomane. C'est bien pis encore s'il a l'imprudence de lui laisser le soin de faire lui-même ses piqûres. S'il lui confie l'instrument, la chute est infaillible et alors l'abus devient effrayant. Les névropathes en arrivent à se faire des piqûres en l'absence de toute douleur et à consommer des doses énormes de morphine. Il en est qui, partis de quelques milligrammes, en arrivent à deux ou trois grammes par jour, quelques-uns vont jusqu'à cinq. M. Chambard cite même des cas dans lesquels l'absorption quotidienne s'élevait à six et à neuf grammes (1).

Les malades ont tracé la voie, mais ils ont fait des prosélytes et la morphinomanie est devenue un vice à la mode. Ce sont d'abord les médecins et les personnes qui les assistent qui en ont été les tributaires, puis les déséquilibrés, les héréditaires et surtout les femmes. Ce vice élégant s'est d'abord répandu dans la bonne compagnie, mais il a bientôt passé du salon dans l'antichambre et dans l'atelier.

(1) Ernest Chambard, *les Morphinomanes*, étude clinique médico-légale et thérapeutique, Paris 1893.

---

mesure d'en supporter. On se demande, en effet, ce qu'il y a de plus faible ou de plus triste dans ce livre, de l'idée qui lui a donné naissance, de l'esprit dans lequel il a été écrit, du but qu'il a voulu atteindre ou des procédés de facture qu'on y a employés. Il échappe entièrement à l'analyse. Ce n'est point un roman : il n'a ni intrigue ni dévouement ; ce n'est point une étude de mœurs : tout ce qui s'y passe est invraisemblable ; ce n'est point une satire : il y faudrait plus d'esprit et de finesse. C'est, en réalité, une longue suite de diatribes contre tout ce qui touche à l'art de guérir. Rien n'y échappe. Les hôpitaux, l'enseignement, les examens, la clientèle, la vie privée même des médecins, tout y est, à tour de rôle, l'objet d'un débordement de violences inouï.

La nécessité de tout vilipender, sans rien laisser à l'abri de l'injure est la seule excuse de la fable enfantine sur laquelle repose toute l'histoire.

Un certain Félix Canelon, vannier, fils de vannier (son père, sans vouloir le flatter, fait la vannerie beaucoup mieux que lui) se trompant sur ses goûts et ses aptitudes, entreprend de voyager. Il embarque sur le navire d'un étrange capitaine au long cours qui perd sa route après sa première escale et louvoie pendant cinquante-six jours sur la mer jolie, sans faire son point pour savoir où il se trouve. Le bâtiment finit cependant par rencontrer une terre. C'est le pays des morticoles. Là, notre ami Canelon devient

On voit maintenant entrer dans les hôpitaux des domestiques, des ouvrières qui s'adonnent à la morphine. Dans les salles, les médecins sont assiégés par les supplications des malades qui simulent ou exagèrent leurs douleurs pour obtenir une piqûre.

La morphine gagne rapidement du terrain. En Angleterre elle a détrôné le laudanum ; en Allemagne, au dire de Landowski, elle compte plus de prosélyte qu'en France ; elle y est même répandue dans l'armée, tandis qu'elle est inconnue dans la nôtre.

On estime à 25,000 kilogrammes la quantité de morphine qui se consomme en Amérique et dont la cinquième partie à peine est prescrite par le médecin. Elle s'était bornée jusqu'ici à conquérir l'Europe ; mais, depuis un an, elle commence à se répandre en Chine.

Au commencement de 1893, un Chinois, grand fumeur d'opium, vint à Canton consulter le docteur Kerr, missionnaire et médecin, pour se débarrasser de sa funeste habitude. Ce praticien le guérit en lui pratiquant des injections de morphine. Revenu à Hong-Kong, avec son nouveau vice, il s'établit comme *injecteur de morphine* et ses compatriotes, attirés par sa renommée de guérisseur, accourent en foule. Bientôt ils firent comme lui et ouvrirent boutique. Aujourd'hui, à Hong-Kong, on trouve une vingtaine de *morphine shops* en plein fonctionnement. Ce sont surtout les *coolies* qui y affluent. Chaque injection coûte 5 centimes. C'est moins cher et plus sûr que la pipe à opium.

On s'est ému, à Hong-Kong, de ce changement dans les habitudes de la population ; le fermier du *dross* (opium à fumer), se voyant en déficit de 400 livres sterling par mois, a fait entendre des plaintes à l'autorité anglaise et le bureau sanitaire en a délibéré. Le docteur Ayres, médecin colonial, assisté d'un confrère chinois, le docteur Ho-Kaï, a rédigé un bill déclarant que l'injection de morphine est plus funeste que la fumée de l'opium et ce bill a été promulgué par l'attorney général, le 28 mars 1893.

Il paraît que la morphinomanie ne s'est pas bornée à l'île de Hong-Kong. Sur 600 onces de chlorhydrate de morphine importées en Chine chaque

---

le héros d'une succession d'aventures abracadabrantes. Il y exerce d'abord la profession de malade. Mais comme il est fort bien portant lorsqu'il débarque, il faut d'abord lui confectionner une bonne petite affection.

C'est un chirurgien qui s'en charge. On lui tord les membres un à un pour voir s'il a « quelque chose de chirurgical ». Il en résulte une fracture du cuboïde, lésion qui serait mortelle, lui dit un interne, s'il entrait dans les salles du maître qui la lui a faite. On l'envoie donc dans un autre service. Là, un pauvre *Rasta*, chétif et débile, un petit « nain maigre » qui veut lui examiner le pied, aggrave son état d'une « luxation avec fracture double de l'astragale » pour laquelle le grand « Malasvon » décide de lui enlever le calcanéum par sa célèbre méthode à grand lambeau dorsal. — Peut-être est-il bon que je prévienne de suite ceux qui n'auraient pas lu le livre que je n'invente aucune de ces incohérences.

Une fois guéri, Canelon devient garçon d'amphithéâtre. On ne pouvait pas se dispenser de déblatérer un peu contre les sacrilèges profanations de cadavres dont nous sommes coutumiers. Mais, comme après tout, ce sujet n'est ni neuf ni empoignant, l'ex-opéré de Malasvon dit là-dessus, en moins de sept pages, tout ce qu'il a sur le cœur et démet de ses fonctions. Il lui faut dauber maintenant sur les salles de médecine,

mois, depuis un an, il en reste 300 à Canton ; il en va 200 à Hong-Kong et le reste se répartit entre les ports de la côte. C'est d'Europe et de Bombay que vient le sel de morphine. On le vend dans des flacons de deux onces portant sur l'étiquette : Poison pour la cure des fumeurs d'opium qui en prendront une quantité correspondant à leur *chandoo*, c'est-à-dire 4 centigrammes par jours en deux injections (1).

La morphine est bien plus dangereuse que la fumée d'opium. La morphinomanie est au fumeur ce que l'homme adonné à l'alcool est au buveur de vin et son vice est plus tyrannique encore. Il faut sans cesse augmenter les doses et diminuer les intervalles pour obtenir le même effet ; on arrive ainsi rapidement aux quantités énoncées dont j'ai parlé plus haut.

La douleur que cause l'injection n'arrête pas les femmes les plus impressionnables. La sensibilité du reste, s'émousse très vite chez celles qui usent de la morphine. Elles éprouvent, dit Ball, une âpre volupté à se faire leur piqûre. On en voit se servir d'aiguilles dont la pointe est complètement émoussée. Une femme dont le docteur Notet a rapporté l'observation vint à briser son aiguille pendant qu'elle se trouvait à la campagne ; elle prit ses ciseaux à broder, se fit une ouverture à la peau, y introduisit le tronçon de son aiguille et continua à s'injecter ainsi jusqu'à ce qu'il lui en vint une autre de Paris.

Les femmes en général, ne cherchent pas à dissimuler leur habitude ; il en est qui s'en parent comme d'un vice élégant ; les plus raffinées se font monter en bijoux de petites seringues et des flacons minuscules pour contenir leur poison favori. Elles sont ingénieuses à varier les procédés pour se soustraire aux regards et faire leur injection en tout lieu. Les hommes au contraire, les médecins surtout, qui forment le fond de la clientèle masculine de la morphine, mettent un soin extrême à cacher leur vice. C'est pour cela qu'on n'en connaît pas exactement le nombre. On estime

(1) Ern. Martin. La morphinomanie en Extrême-Orient. (*Journal d'hygiène* du 9 novembre 1893, p. 529.)

---

puisqu'il en a fini avec la chirurgie. Aussi prend-il juste à point une rougeole qui lui donne le goût de se faire infirmier.

Entre temps il a fait la connaissance de quelques internes pas fiers du tout, qui l'invitent à la salle de garde. Il y déjeune, il y pérore « avec une éloquence qui l'étonne lui-même », il y flirte avec une jolie petite infirmière qu'il allume « sans daigner l'éteindre », comme on disait au Chat noir. Il y voit ces jeunes gens ridiculiser leurs maîtres et leur ménager des pièges ridicules en enseignant à des filles à simuler l'hystérie et le somnambulisme !.. Mais alors, mon cher monsieur Canelon, vous devriez remercier la Providence dont la bonté n'a pas permis que vous fassiez partie d'un aussi vilain monde. Et elle a été plus sage que vous, la Providence; car, enfin, vous avez assayé d'y entrer, dans ce monde-là, puisque vous êtes allé jusqu'à affronter le *lèchement de pieds*. Vous dites que vous n'avez pas pu aller jusqu'au bout ; c'est vrai, mais c'est l'énergie et non le désir qui vous a manqué.

J'aurais des remords d'engager qui que ce soit à lire les *Morticoles*. C'est vraiment trop long et trop fastidieux. Mais à ceux qui, sans s'imposer le dur ennui des 350 pages, voudraient, en peu de minutes, être édifiés sur l'œuvre entière, je conseille de parcourir les lignes où est décrite la cérémonie du *lèchement au premier degré* où échoua Cane-

toutefois que le corps médical avec ses auxiliaires représente à peu près la moitié du nombre total des morphinomanes.

Le sexe et la profession ne sont pas tout. Le tempérament y est aussi pour quelque chose. Les natures inquiètes, toujours à la recherche d'impressions nouvelles ou d'une jouissance inconnue, les déséquilibrés, les héréditaires sont des candidats de la morphinomanie et, si l'occasion s'en présente, ils n'y résistent pas longtemps. Du reste, toute personne qui prend régulièrement de la morphine en a contracté l'habitude d'une manière irrémédiable au bout de six mois.

Il n'est pas de passion dont il soit plus difficile de secouer le joug. Il y a des gens qui parviennent à remonter le courant, mais, il leur faut, pour se corriger plus de courage encore qu'à un alcoolique, parce que l'abstinence est plus douloureuse. Lorsque le moment est venu de faire son injection, si le morphinomane en est empêché, ce n'est pas seulement la privation d'une jouissance, c'est un malaise, une souffrance véritable qu'il ressent. Il devient inquiet, agité, nerveux, irritable; tout travail intellectuel lui devient impossible. Il éprouve en même temps des troubles de la circulation qui se traduisent au sphygmographe; parfois même ces symptômes s'aggravent; il y a des hallucinations, des visions effrayantes comme dans le *delirium tremens.* Dans d'autres cas, c'est une prostration profonde avec une tendance à la syncope, une injection de morphine fait cesser tout cela comme par enchantement. La gaieté, l'entrain, reviennent avec le bien-être, les forces et le calme de l'esprit.

C'est cet état que les Allemands ont récemment baptisé du nom gracieux d'*euphosie*; mais ce n'est qu'au début qu'on l'obtient avec une seule piqure; il faut bientôt redoubler, rapprocher les injections, concentrer la solution. Enfin, il en est de blasés qui arrivés au dernier degré de l'éréthisme, et voulant quand même retrouver les jouissances d'autrefois, se font une ligature à la graisse du membre sur lequel ils vont agir, enfoncent l'aiguille au milieu des tissus gonflés et gorgés de sang, et sans la retirer, s'injectent coup sur coup trois ou quatre fois, le contenu de la seringue,

---

lon. En ayant soin de se tenir près d'une fenêtre ouverte et de griller une cigarette pendant la lecture, on peut, au prix de quelque effort, arriver à la fin du morceau. N'insistons pas.

Voilà donc la carrière de Canelon brisée par son insuccès. Il avait pris ses inscriptions, il avait loué une chambre d'étudiant, il était même devenu « reporter » d'un important journal de médecine; tout cela en pure perte. Perte apparente, toutefois, car cette situation et ces fonctions lui ont donné le moyen de décrier l'enseignement, de décrier la presse médicale, de raconter de charmantes histoires de chantage, de malmener les sociétés savantes et les Académies; oh! les Académies surtout! — mais je vous ai dit, au début, qu'il était vannier, comme son père.

Il manquait à cet excellent Félix d'avoir pu dire des médecins pris en particulier le même mal que de la corporation prise en bloc. C'est un oubli qu'il n'eût jamais voulu commettre. Comme le meilleur moyen de savoir ce qui se passe dans les maisons, c'est d'y entrer, et qu'il ne peut vraiment plus y entrer comme ami, il y pénètre comme domestique. Mais ce n'est pas un domestique à recommander; il fait trop de places en trop peu de temps. Chez chacun des maîtres qu'il sert, il se passe des choses abominables. Tous les vices, toutes les canailleries, toutes les infamies, toutes les violences,

puis enlèvent le lien constricteur au moment où l'imprégnation des tissus est complète (1). D'autres ne se contentent pas de la solution à 5 0/0, et font chauffer l'eau pour en dissoudre davantage.

Les mauvais effets de la morphine ne se font pas sentir au début; parfois même les injections font disparaître la maladie nerveuse pour laquelle on les a conseillées; mais bientôt l'appétit se perd, les digestions se troublent, le moral s'altère, le caractère devient inégal, capricieux. Les morphinomanes sont égoïstes, dissimulés, menteurs; il y en a qui arrivent jusqu'à voler, pour se procurer de la morphine, quand ils sont à bout de ressources.

Une fois parvenus à ce degré, ils ne résistent pas longtemps et n'atteignent jamais un âge avancé. Ils tombent rapidement dans un état de cachexie profonde et la déchéance physique suit de près la déchéance morale et intellectuelle. Quelques-uns meurent subitement par arrêt du cœur. D'autres succombent dans le cours d'une maladie intercurrente aggravée par la morphine; enfin, lorsque rien ne vient brusquer l'événement, ils s'éteignent dans le marasme.

La morphinomanie est, comme on le voit, un vice qui va grandissant et avec lequel il faut compter. Dans le prochain article, nous en étudierons la prophylaxie et nous le comparerons à l'habitude de fumer l'opium.

(*A suivre.*) Jules ROCHARD.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le moment des vacances approche et les communications se pressent. C'est ainsi que la dernière séance a été particulièrement chargée.

C'est M. CHAPUT qui a ouvert le feu en reprenant une discussion déjà ancienne de quelques semaines sur la thérapeutique des *hernies gangrenées*. Il vient encore soutenir l'entérectomie avec entérorraphie. L'anus contre nature aura beau, dit l'orateur, se per-

(1) Henri Gumbail, les morphmomanes. Paris 1892, p. 91.

tous les stupres défilent en bataillons serrés sous les yeux du lecteur. Tous les clients sont trompés, tous les confrères sont volés, toutes les femmes sont violées. On pratique la *désovarisation* à celles dont on veut faire ses maîtresses. On fait interner dans des asiles d'aliénés les maris qui se rebiffent. Chez un illustre spécialiste des blessures de l'amour, les jeunes filles dansent sous des figures obscènes. C'est un débordement de corruption. S'il y manque Sodome, c'est que Canelon ne veut pas être taxé d'exagération ou de parti pris. Car il a pris soin de nous avertir, aux premières lignes de son récit, qu'il voulait « raconter sans fiel des aventures douloureuses » et se bien garder de « teindre de vieux événements avec une bile récente ». — « Zuzez un peu, diraient les Marseillais, s'il ne s'était pas bien gardé. »

Nous voici tout de même près de la fin des aventures. Encore un avatar de Canelon qui se fait gardien de fous pour savoir à quoi s'en tenir sur les tortures que les médecins infligent aux malheureux qu'on leur livre, et le sympathique héros quittera le pays des Morticoles. Il rencontre, en effet, dans un cabanon, le remarquable commandant de navire qui se perd en route. Ils corrompent pour une modique somme le grand chef des morticoles, qui leur permet de fuir. Cet exode laisse une tristesse au cœur. Où vont-ils errer maintenant sous la conduite de l'illustre et habile marin. Les âmes sen-

fectionner dans ses procédés opératoires, il ne pourra jamais être exempt des défauts ou dangers suivants : malpropreté et irritation dues à l'épanchement continu des matières, menaces de phlegmon septique et dénutrition générale si la hernie porte sur une anse proche du pylore. Les statistiques vont, du reste, en s'améliorant de jour en jour pour la résection intestinale avec suture et restent toujours aussi lugubres pour l'anus chirurgical.

Que reproche-t-on, continue l'orateur, à l'entérorraphie? D'être une opération longue; on peut la faire dans un temps moyen d'une demi-heure, et mettrait-on davantage, dit M. Chaput peut-être emporté par son sujet, que signifie ces dangers attribués à la longueur de l'acte opératoire? Il les nie pour sa part. Dans une opération, le temps n'est rien et on met sur la durée de l'intervention les accidents déterminés par le traumatisme, par l'hémorrhagie, etc.

L'appareil instrumental est, dit-on, compliqué. Non, répond M. Chaput, une simple aiguille suffit avec deux pinces à forcipressure chaussées de caoutchouc pour faire la coprostase. En terminant, notre collègue cite quelques chiffres qui prouvent, d'après les chirurgiens étrangers, que toute hernie gangrenée traitée par l'anus contre nature seul, donne 76 à 83 pour 100 de mortalité; tandis que les chiffres des chirurgiens qui selon les cas font ou l'ouverture de l'anus ou sa résection arrivent à une moyenne de 64 pour 100; cet abaissement de la mortalité est dû, comme le démontrent les observations à la pratique de la suture.

M. Verneuil répond à M. Chaput qu'il n'a pas une très grande confiance dans les chiffres et que certes bien souvent, des cas de sutures intestinales suivies de la mort des hernieux n'ont pas été publiés. Pour sa part, il a plus confiance que M. Chaput dans la diminution de la mortalité de l'anus chirurgical et estime qu'il y a encore beaucoup à améliorer de ce côté. Il est partisan des opérations en deux temps et ici le second temps consiste à refermer l'intestin quand les accidents consécutifs à l'étranglement ont totalement disparu.

Comme M. Verneuil, M. Segond soutient l'anus contre nature et ne se fie pas aux statistiques, ce qu'il faut voir c'est le sujet qu'on opère et non l'opération. Or, une hernie grave chez un hernieux très affaibli, ne peut guérir que par l'anus contre nature. L'entérectomie avec entérorraphie échouera nécessairement dans ces cas et il ne faut pas

---

sibles pourront supposer, pour se consoler, que le brave capitaine, pendant sa longue détention à l'asile, a pu repasser ses livres de navigation et apprendre à se servir du sextant ou à calculer le *point à l'estime*.

Tel est le cadre, d'une simplicité et d'une naïveté grandes comme l'antique où sont entassés une multitude d'événements et d'épisodes dont l'odieux ne le cède guère qu'au burlesque ; telle la fête de la matière, telle une séance d'électrocution, telle la scène d'un sentimentalisme de collégien où deux prostituées syphilitiques et sans ovaires (elles les ont vendu pour cinq cents francs) inspirent un touchant respect à Canelon et à son ami; telle encore l'épidémie monumentale pendant laquelle médecins, étudiants et infirmiers s'enferment peureusement dans la Faculté durant plusieurs jours et y font ripaille pendant que la délégation sanitaire fait incendier les quartiers pauvres et que les deux petites hétaïres de tout à l'heure, aux lèvres desséchées « par les baisers sans nom » meurent dans une apothéose inattendue, adorées par Canelon qui voulait « s'étendre près d'elles, demander à leurs âmes ailées une part de leur béatitude ». Il en fut heureusement détourné par la crainte de l'arrivée des scaphandres désinfecteurs. Ils vinrent, en effet, et, « le temps que je mis à respirer une gorgée d'air poussiéreux, elles n'étaient plus que deux cercueils, mes deux jolies sœurs d'incendie et de misère ».

venir dire que la durée d'une opération est un facteur insignifiant dans la réussite de l'intervention. C'est là nier une évidence chirurgicale.

L'ordre du jour étant très chargé, cette discussion en reste là, et M. Michaux monte à la tribune pour faire un rapport sur un *cas de lithiase biliaire traité par la cholécysténérostomie* et dû à M. Ricard. Il s'agissait d'une femme dont la première atteinte de l'affection remontait à dix ans et qui avait eu lorsqu'elle vint consulter le chirurgien, des phénomènes marqués du côté du foie avec ictère prononcé. Elle n'accepta pas l'opération de prime abord et ne consentit à une intervention que lorsqu'elle vit les symptômes devenir de plus en plus graves. Le foie dépassait à ce moment les fausses côtes de trois travers de doigt et l'obstruction biliaire était complète.

L'incision de la paroi abdominale montra une vésicule dilatée, qui présentait une quantité de petits calculs à facettes, environ 1 litre et demi, ce qui portait leur nombre à plusieurs milles et parmi eux se trouvaient de plus gros calculs, du volume d'une noisette environ. Le cholédoque et le canal cystique furent explorés ; on n'y trouva rien ; mais malgré cela M. Ricard pratiqua la cholécysténérostomie, et eut une grande difficulté à pratiquer ses sutures à cause de la fragilité des parois de la vésicule. Il y réussit cependant et l'amélioration de la malade fut immédiate. Elle alla de mieux en mieux pendant trois semaines, mais à partir de ce moment elle déclina et mourut 53 jours après l'intervention. A quoi est dû le décès, est-ce à l'ictère infectueux malin ? à l'altération trop avancée de la cellule hépatique ? ou aux phénomènes infectieux, conséquences de la cholécysténérostomie ? c'est vers cette dernière opinion que penche M. Michaux, qui profite de l'occasion pour rappeler le cas d'une malade dont l'observation est absolument semblable à celle de M. Ricard.

C'était aussi une femme âgée (64 ans), qui fut prise d'un ictère subit et qui resta jaune à partir de cette attaque. On sentait à travers une éventration dont elle était atteinte, une vésicule grosse comme les deux poings, qui devait faire penser à une oblitération du canal cholédoque. Pour tâter sa cellule hépatique, on la soumit à *l'épreuve de la glycosurie alimentaire*, et le sucre ne se montra que dans les premières analyses d'urine et en très petite quantité, on pouvait donc opérer.

La vésicule était aussi remplie de calculs, et M. Michaux ayant senti une plaque, probablement épithéliomateuse du côté de l'ampoule de Vater, fut amené à pratiquer la

---

Vous donnerai-je une idée du style simple, alerte, vif, naturel, dans lequel presque tout le livre est écrit ? Lisez ceci : — il s'agit de cancéreux, compagnons de salle de Canelon pendant la convalescence de sa rougeole — « Leur regard pose une effrayante énigme. Spectateurs de leur propre drame, ils admirent leurs tissus cédant à la Reine, tels des courtisans empressés, la galopade de la mort, étincelante sur son cheval vert, puis des épisodes soudains, des coups de théâtre : ce sont des vomissements d'un sang épais et noir comme l'Erèbe ; c'est la perte de la parole au milieu d'une phrase, en demandant un peu plus de puré. » J'avais un vieux professeur de réthorique qui eût appelé cela du « galimatias double » ; il le définissait ainsi : Celui qui n'est compris ni du lecteur ni de l'auteur.

Aimez-vous la correction du langage? Il y a quelque part un certain « *petit peu* de fièvre » qui m'a séduit du premier coup.

Etes-vous partisan de l'élégance de la pensée ? Sachez alors que « les poissons et les cancrelats sont préférables aux médecins. » C'est décidément une œuvre où la forme et le fond se valent.

Cependant, m'objectera-t-on, tout n'est pas dénigrement dans ce livre ; il s'y trouve quelques figures qui resplendissent d'une véritable noblesse. D'accord, et je n'aurai

cholécysténtérostomie. La malade, opérée il y a plus d'une semaine, va bien aujourd'hui.

Ces deux observations sont le point de départ, pour l'orateur, d'un essai de vue d'ensemble sur les affections chirurgicales des voies biliaires; et, pour lui, l'infection doit jouer le plus grand rôle, comme les travaux récents de médecine le prouvent du reste; mais ce qui frappe de prime abord, c'est la localisation de la lithiase aux voies d'excrétion. La lithiase biliaire intra-hépatique, n'existe pour ainsi dire pas (8 cas), elle ne doit donc pas intervenir dans le diagnostic.

Un examen attentif du malade permettra de se rendre compte de ce qui se passe du côté de la vésicule et cela par l'étude de la température, par la décoloration des selles, les modifications de l'urobiline et l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Cela fait, il faudra intervenir et le plus tôt sera le mieux. M. Michaux insiste avec raison sur ce point et il prouve que bien des malades pourraient bénéficier de la chirurgie si l'intervention était décidée plus tôt. La question de l'opération se pose ensuite. La cholécystotomie semble préférable à M. Michaux que l'abouchement de la vésicule dans l'intestin et cela à cause de l'infection ascendante. La question est, du reste, loin d'être résolue, nous dit l'orateur, qui voudrait susciter une discussion sur ce sujet. Il y réussit, du reste, car beaucoup de membres de la Société se font inscrire pour prendre la parole sur ce sujet dans la prochaine séance.

Antéversion et antéflexion du rein, tel est le titre de l'observation de M. Walther qu fait le sujet d'un rapport de M. Segond. Ce chirurgien avait pratiqué la néphrorraphie sur une femme qui en retira de grand bénéfices; mais elle fit une chute grave et, à partir de ce moment, les accidents reparurent. Elle dut même être opérée d'une colpopérinéorraphie, fut soignée par le professeur Potain pour une maladie de Basedow, et enfin M. Walther, trouvant une dépression dans le flanc, rendit à juste titre le rein responsable des accidents et se décida à intervenir. Bien lui en prit, car il trouva l'organe fixé d'une façon solide à sa partie inférieure par l'opération de M. Segond, mais s'étant fléchi et retourné par sa partie supérieure. Il fit de nouveaux points de suture en haut et la femme guérit.

C'est là, comme on le voit, une observation curieuse et à ce propos M. Segond fait remarquer que la néphrorraphie est certainement indiquée, mais plus rarement qu'on ne croit et, sans partager l'opinion de M. Glenard qui nie toute espèce d'intervention efficace

---

garde d'oublier d'en parler. Que le contraste entre ces deux exceptions et la foule des autres soit un truc de facture ou l'expression sincèrement émue de quelques souvenirs, je ne le recherche pas.

Mais je vais vous dire une courte histoire. Le jour, déjà bien lointain, où je subissais (c'est le mot) mon troisième examen de doctorat, il y avait dans une série de candidats un petit médecin de marine qui répondit brillamment à l'un des juges les plus redoutés. Il en fut très chaudement félicité par le professeur qui eut le tort d'accentuer ainsi ses éloges : « Je suis d'autant plus heureux d'avoir à vous complimenter, que vos collègues de la flotte sont habituellement nuls en histoire naturelle. » La réponse fut très joliment crâne : « Je refuse, Monsieur, d'accepter des félicitations qui contiennent une injure pour mes camarades, parmi lesquels je sais être dans les moins travailleurs et les moins instruits. » J'imagine que Charmide et Dabaisse, s'ils existent, ont dû éprouver devant leur panégyrique un sentiment très analogue à celui-là. Je n'y trouve pour ma part acune atténuation à cette longue et haineuse diatribe contre toute une classe d'hommes qui représentent, de l'avis unanime, non seulement dans notre pays, mais dans le monde entier, une moyenne extrêmement élevée d'intelligence, de savoir et de charité.

pour la néphroptose, il pense avec Israel que des ceintures peuvent suffire très souvent, en faisant remarquer que le chirurgien allemand qui s'occupe beaucoup des affections rénales n'a pratiqué que quatre fois la néphropexie.

M. Fontan (de Toulon), membre correspondant, rapporte une observation de *fracture du crâne avec déchirure de la méningée moyenne.* Ce chirurgien put passer un fil sous la branche principale de l'artère et en faire ainsi la ligature. Il rappelle à ce propos que Roux et Arlaud (de Toulon) ont employé ce procédé, il y a de nombreuses années et cela avec succès.

M. Jullien lit une observation de *laparotomie pour péritonite par perforation* suivie de guérison, et la séance se termine par la présentation de malades. M. Quénu, notamment, s'est bien trouvé du curettage du rectum pour un cancer de cette région et recommande cette pratique qu'il croit nouvelle dans le cas d'épitélhiome inopérable.

M. Bouilly, il y a trois ans, a eu cette idée, l'a mise à exécution et s'en est fort bien trouvé.

E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

La Société médicale des hôpitaux paraîtra dans le numéro de Jeudi.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Poisons urinaires

M. Roger : Les auteurs qui ont cherché à séparer les poisons urinaires, ont eu recours à des procédés chimiques. M. Roger a pensé qu'il serait préférable d'employer la dialyse. on ne risque pas ainsi de modifier ou d'altérer les matières organiques.

Par ce procédé, M. Roger a reconnu que les matières qui traversent la membrane du dialyseur (sels minéraux, urée, matières colorantes, etc., ne sont pas toxiques. Celles qui restent sur la membrane sont beaucoup plus actives que l'urine totale, leur injection amène un état comateux, accompagné souvent de diarrhée et d'hémorrhagie et se terminant par la mort au bout de quelques heures.

L'urine renferme donc des principes extrêmement dangereux, qui ne dialysent pas et dont l'action est neutralisée par les substances qui dialysent. Si, en effet, on réunit les liquides que la dialyse a séparés, on obtient un mélange qui n'est pas plus actif que l'urine en nature.

L'emploi de la dialyse a permis à M. Roger de reconnaître que l'urine contient plusieurs substances hyperthermisantes. Les matières qui ne traversent pas le dialyseur ont surtout la propriété d'abaisser la température ; l'hypothermie peut atteindre 5, 6, et même 7°. Les matières qui dialysent sont généralement thermogènes ; elles élèvent la température de 1 à 1°5.

Les résultats obtenus sont sujets à quelques oscillations qu'explique suffisamment la composition complexe de l'urine ; même à l'état normal, le régime alimentaire, le travail musculaire ou cérébral, les impressions morales, les troubles digestifs doivent évidemment modifier la composition des toxines urinaires. On ne peut donc arriver à une précipitation mathématique ; la théorie le faisait prévoir, l'expérience le démontre.

La toxicité du suc gastrique

D'après des expériences poursuivies par MM. E. Cassaet et Féré, le suc gastrique

d'un homme hyperchlorhydrique, mais non tétanique, possède des propriétés convulsivantes. On peut en retirer un extrait qui provoque des convulsions chez le lapin et cette substance est, en outre, sous-constrictive, myosique, anesthésique et dyspnéique immédiatement.

Reflux du contenu vésical dans les urèthres

MM. Guyon et Courtade ont recherché si le reflux du contenu de la vessie dans les urèthres était réellement impossible. Ils ont constaté que le reflux uréthral n'a jamais lieu quand la vessie se laisse distendre sans résister, alors même qu'elle est parvenue à la limite de son élasticité et que la pression vésicale due à la distension mécanique des parois est portée au maximum. Si la vessie est douée d'une tenacité suffisante pour réagir sur son contenu, le reflux est possible dès que la pression déterminée par la mise en tension physiologique des muscles vésicaux atteint, au maximum, un centimètre et demi de mercure chez le lapin, 5 centimètres chez le chien. Dans ce cas le reflux paraît constant chez le lapin (20 fois sur 20), mais il est rare chez le chien (5 fois sur 25), différence qui montre une fois de plus que l'étude du même phénomène expérimental peut donner des résultats dissemblables, selon l'espèce animale. Si l'on tient compte des analogies de structure qui rapprochent la vessie du chien et la vessie de l'homme, il est logique d'admettre que, chez ce dernier, le reflux est possible, mais il est permis de penser que la rareté probable du phénomène, quelle que soit sa valeur au point de vue clinique, ne lui donne qu'une importance relative.

De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal dans l'hypopepsie

MM. A. Gilbert et Modiano : Le bicarbonate de soude, administré en même temps que les repas aux hypopeptiques, déprime le travail chimique de l'estomac d'une façon d'autant plus notable, que la dose en est plus élevée. Cette déduction découle d'essais faits avec des doses de 0,50, 1 gramme, 2 gr. 50 et 10 grammes.

Administré au contraire une heure avant le repas à la dose de 1 gramme, il excite le travail stomacal et le précipite.

Tels sont les effets immédiats du bicarbonate de soude.

Les effets éloignés sont identiques, qu'il soit administré avant le repas ou pendant celui-ci ; l'usage réitéré du bicarbonate de soude amène un relèvement du processus stomacal, une diminution de l'état hypopeptique, une tendance vers la pepsie normale.

En d'autres termes, le bicarbonate de soude administré dans l'hypopepsie en même temps que le repas, exerce une action immédiate défavorable et une action lointaine favorable.

Administré quelque temps avant le repas, il exerce une action immédiate et une action lointaine également favorable.

Ce médicament dans l'hypopepsie, doit donc être prescrit à jeun, quelque temps avant le repas.

(A suivre.)

COURRIER

Légion d'honneur : *Au grade d'officier.* — M. le médecin de 1re classe Mutin ; MM. les médecins principaux de 2e classe Laurens, Blaise et Delmas ; MM. les médecins-majors de 1re classe Minzior et Cottel.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 1re classe Lauza, Granier, Darde, Bounaix, Marty, Chopinet, Bergounioux, Vuillemin, Adam, Laval, Petit, Chatain, Ucciani, Vautrin, Cadot et Robert ; MM. les médecins-majors de 2e classe Liron, Mac-kiewicz, Mourey, Cassan, Duval, Boulian, Jacquey, Mons et Durget ; MM. les docteurs Carassus (de Milly) et Licourt (de Châtillon-sur-Marne).

— La préfecture de police de Berlin, à l'instar de ce qui se fait depuis près de deux ans à New-York a décidé de délivrer aux médecins de la ville une carte *coupe-file*, afin qu'ils puissent, lorsque la circulation est interdite, se rendre plus vite au domicile de leurs clients.

Une faculté de médecine a Odessa. — Un projet relatif à la formation d'une Faculté de médecine à Odessa est envoyé au ministère des finances pour l'étude du budget nécessaire. Les dépenses seraient de 127 000 roubles par an ; la construction des bâtiments demandera 600 000 roubles, dont 250 000 seront donnés par la ville.

L'impôt sur l'alcool en Russie. — L'impôt sur l'alcool a fourni, pendant le mois de février, 20 millions de roubles, il a dépassé celui du mois de février 1893 de 10 millions.

— Le service de chirurgie de l'hôpital Broca est installé dans des baraques en bois qui datent de 1802, baraques qui sont aujourd'hui en fort mauvais état et ne sauraient être remises à neuf sans une grande dépense.

Sur le rapport de M. Navarre, le Conseil municipal a voté une somme de 250 000 fr. pour la construction de nouveaux bâtiments à édifier sur l'emplacement des baraquements actuels. Ces nouveaux bâtiments seront construits en bois et briques avec charpentes système Pombla.

Le service actuel comprend 60 lits et 5 lits d'isolées, soit 65 lits. Le nouveau comprendra 50 lits et 13 d'isolées, soit 63 lits, et en outre 10 berceaux.

L'albuminurie dans l'assurance sur la vie. — La Société des médecins des compagnies d'assurances sur la vie, de Londres, vient de discuter cette question.

Il a été admis qu'une urine devait être regardée comme non albumineuse si elle ne donnait pas de précipité par la chaleur et l'acide nitrique.

L'avis général a été que la présence de l'albumine dans l'urine doit faire ajourner toute décision jusqu'à un deuxième ou un troisième examen. Pour M. Th. Williams, la constatation de l'albuminurie au deuxième examen doit suffire pour faire refuser le candidat. Pour M. Crosby, si on trouve de l'albumine après 2 ou 3 examens hebdomadaires, le cas doit être ajourné à trois mois ; et si, ce temps écoulé, l'albuminurie persiste, le candidat doit être refusé.

D'après M. Poore, une albuminurie légère, mais permanente, doit faire élever et fortement le prix de l'assurance mais cela ne rentre pas dans les statuts de toutes les compagnies.

M. Douglas Power pense qu'il faut tenir compte de l'âge ; l'existence d'un certain degré d'albuminurie au-dessus de soixante ans n'est pas incompatible avec une longue survie.

Signalons à ce propos, différents exemples d'albuminurie de longue durée. M. Poore a rapporté le cas d'une dame de 76 ans albuminurique depuis plus de vingt ans. M. Heron a cité le cas d'une autre dame devenue albuminurique à la suite d'une scarlatine à l'âge de dix-huit ans, qui a survécu vingt-deux ans, a eu des enfants, et n'a pas cessé pendant ces vingt-deux ans d'avoir des traces d'albumine dans l'urine.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Jaccoud : Sur un cas de lésion mitrale associée à une malformation congénitale du cœur. — II. Les dangers de la symphiséotomie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine; Société médicale des hôpitaux. — IV. L. Géneau de Lamarlière : Les champignons comestibles et vénéneux. — V. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud

Sur un cas de lésion mitrale associée à une malformation congénitale du cœur

Notre entretien de ce jour portera sur la malade qui occupe le numéro 2 de notre salle Laënnec. Il s'agit, pour vous le dire tout de suite, d'une cardiopathie très nette quant au siège de la lésion principale.

Cette malade a le facies des cardiaques, la respiration courte, le teint rouge, un peu livide, et la palpation nous révèle, en effet, qu'elle a une double lésion mitrale, car l'impulsion cardiaque est exagérée, nous avons du frémissement, et, si nous complétons notre examen, nous constatons un souffle présystolique rude, qui se prolonge durant toute la systole et le petit silence. Il s'agit donc d'une double lésion mitrale, avec prédominance du rétrécissement.

Si, maintenant, nous faisons une inspection générale de la malade, nous voyons qu'elle a de l'œdème des membres inférieurs, œdème remontant jusqu'à la région lombaire. Le volume du foie est augmenté dans toutes ses dimensions, et cette augmentation de volume est constatable non seulement par la percussion, mais encore par la palpation brusque, selon le procédé de Frerichs. Ce foie est dur, ce qui nous montre qu'il n'est plus à la période de congestion, et que les modifications de tissu sont telles que l'on ne peut espérer qu'il y ait un jour disparition des lésions. C'est là, Messieurs, un accompagnement fréquent du rétrécissement mitral et de la double lésion mitrale.

Notre malade offre, en outre, un peu d'ascite, et le commencement du développement d'un réseau veineux complémentaire sur les parois latérales de l'abdomen.

Cette analyse nous apprend donc quelque chose de plus, à savoir que la lésion est ancienne.

En outre, indépendamment de la stase hépatique, la malade a de la stase rénale, attestée par la présence de l'albumine, qui varie de 2 à 5 grammes. Cette stase rénale est le complément ordinaire de la cirrhose du foie cardiaque dans le rétrécissement mitral.

Pourquoi cette femme de 34 ans a-t-elle une lésion mitrale de cette importance?

Rien, dans ses antécédents pathologiques, ne peut en donner l'explication. Elle n'a jamais eu de rhumatisme, de scarlatine, de malaria, de grippe, de rougeole, de coqueluche, ni aucune intoxication.

Donc, si l'on croit que l'endocardite chronique, génératrice de lésions valvulaires, ne peut se développer que sous l'influence des maladies précédentes, on dira qu'il n'y a pas d'étiologie, et l'on sera forcé d'admettre que l'endocardite peut se développer pour son compte, à titre de forme primitive.

En réalité, il faut ajouter, comme cause de l'endocardite, la grossesse.

Tantôt alors l'endocardite prend le caractère dangereux de l'endocardite infectieuse, tantôt, au contraire, elle a une marche lente.

Je vous ai dit qu'il n'y avait aucun antécédent pathologique à relever dans sa famille ni dans l'enfance de notre malade. Mais, en 1890-91 elle eut une première grossesse, qui se passa bien, et dont les suites furent assez régulières. Nouvelle grossesse en 1892-93 : cette fois, elle fut malade; elle eut de la dyspnée dans les derniers mois de cette grossesse. C'est là que je place l'origine de sa double lésion mitrale. Et, remarquez, Messieurs, qu'il est fort rare de rencontrer une malade comme celle-ci, chez qui l'endocardite ait une éticlogie aussi simple à établir, car ici la gestation seule peut être mise en cause.

Mais le cœur présente une autre lésion, de beaucoup plus intéressante. A l'orifice tricuspide, nous ne constatons rien, de même qu'à l'orifice aortique, ce qui est très important. Mais il n'en est pas de même au foyer de l'artère pulmonaire. Ce foyer siège, vous le savez, dans le deuxième espace intercostal gauche ; mais, en fait, il y a deux sièges à considérer : l'un, qui répond à l'insertion du troisième cartilage costal gauche, d'où la présence d'un souffle systolique indique un rétrécissement infundibulaire sous-valvulaire, de l'artère pulmonaire ; l'autre, situé plus haut et en dehors, à 2 ou 3 centimètres du sternum, et où la constatation d'un souffle systolique indique un rétrécissement valvulaire de l'artère pulmonaire.

Or, chez notre malade, le foyer inférieur de l'artère pulmonaire n'offre rien d'anormal; mais, quand on approche du foyer supérieur, on entend un souffle qui se continue presque sans affaiblissement jusqu'à la limite de la région axillaire. Seulement, ce souffle ne siège pas au premier temps : il est diastolique. Verticalement, on l'entend sans peine jusqu'à la moitié de la hauteur du premier et du troisième espace intercostal gauche. Nous échappons, dans ce cas, à une cause de difficultés, puisqu'il n'y a aucun souffle au foyer aortique; car, dans le cas contraire, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'un souffle propagé.

Que signifie ce souffle diastolique, qui occupe le foyer de l'orifice artériel proprement dit ?

La première interprélation qui doit se présenter à l'esprit, c'est qu'il y a une insuffisance des valvules sigmoïdes, insuffisance que révèle et caractérise ce souffle rude, long, qui se propage dans la direction de la branche gauche de l'artère pulmonaire. Alors on peut admettre que la même endocardite qui amena la double lésion mitrale chez cette femme a aussi déterminé une lésion de l'artère pulmonaire.

L'insuffisance des valvules pulmonaires, lorsqu'elle existe seule, est absolument exceptionnelle. Mais ne perdez pas de vue un principe clinique, qui est le suivant : Lorsque, dans un examen méthodique du cœur, vous rencontrez un ou deux souffles ne répondant point parfaitement aux conditions ordinaires de la pathologie, avant de conclure, songez aux altérations congénitales du cœur. En quoi ce souffle est-il anormal ? En ce qu'il n'est pas associé à un souffle au premier temps, en ce qu'il est un peu éloigné du sternum, en ce qu'il n'est pas associé à un souffle aortique. C'est donc bien un souffle anormal, et il est de ceux qui forcent à songer aux malformations congénitales du cœur. Alors on doit procéder à une enquête minutieuse sur ce qu'a été la malade dans son enfance, au point de vue de

la liberté de la respiration. Il faut lui demander si elle a pu se livrer aux mêmes jeux que les enfants de son âge, quel facies elle a toujours eu, si son teint n'a pas toujours été plus ou moins rouge.

Or, ici, cette enquête donne les résultats suivants : elle a toujours eu la respiration courte ; elle n'a jamais pu courir ; elle a été réglée à vingt ans ; enfin elle a toujours eu le visage un peu coloré.

Si on l'examine attentivement, on voit qu'elle a, indépendamment de la rougeur de la face, une teinte bleuâtre des lèvres ; il y a donc nn degré de cyanose permanent, ses extrémités également sont cyanosées. Pour toutes ces raisons, nous sommes autorisés à accepter l'idée d'une malformation congénitale du cœur.

Ces malformations peuvent être : 1° la persistance du trou de Botal, qui permet la survie aussi longtemps que chez notre malade. Mais, ici, nous devons rejeter cette idée, cette anomalie donne un souffle au premier temps, siégeant au foyer sous-valvulaire, au niveau de l'insertion du deuxième cartilage costal.

2° L'autre lésion compatible avec l'âge de la malade est une persistance du canal artériel. Comme siège, cette lésion va bien avec le souffle qu'on eutend, car, dans ces cas, le souffle est situé au niveau de l'orifice artériel ; mais, dans la majorité des cas, il est au premier temps. Ici, on entend le souffle dans le dos, c'est un signe de plus en faveur de la persistance du canal artériel, mais à la condition qu'on ne l'entende pas près de la colonne vertébrale ; car alors c'est simplement un souffle d'aortite. Chez notre malade, on l'entend assez loin de la colonne vertébrale, c'est une présomption de plus, mais voilà tout.

3° On peut invoquer une fissure du septum interventriculaire ou interauriculaire. Mais ce sont des lésions plus rares, dont la symptomatologie est mal connue. Peut-être faudrait-il s'arrêter à la première interprétation, la plus simple, celle d'une insuffisance pure et simple des valvules pulmonaires, laquelle pourrait être aussi congénitale. On peut hésiter entre ces différentes hypothèses, pencher vers l'une plutôt que vers l'autre ; en tous cas, je ne crois pas que l'on puisse rien affirmer.

Les dangers de la symphiséotomie

Tel est le titre d'une communication faite dernièrement par M. Fraipont à la *Société médico-chirurgicale de Liège*. C'est, comme on le sait, un sujet qui depuis quelque temps occupe les accoucheurs.

La *symphiséotomie* n'est pas une opération nouvelle, mais elle devait bénéficier comme les autres des bienfaits de l'antisepsie. C'est ce qui est arrivé. Dès lors on l'a employée plus souvent ; ses indications se sont étendues à ce point même que, si nous sommes bien renseigné, certaine école parisienne serait sur le point de la mettre en pratique dans tous les cas où autrefois on avait recours à d'autres manœuvres.

Il y a là probablement une exagération, et ces doctrines sont loin d'être partagées par tous les occoucheurs qui, cependant, pratiquent la symphiséotomie dans certains cas et n'ont même qu'à s'en louer ; mais ce n'est pas de cela dont nous voulons nous occuper. M. Fraipont a-t-il raison quand il affirme que cette opération obstétricale n'est pas sans danger ? Ou faut-il adopter l'opinion de M. Carusio (Thèse 1893. — *Contributio alla pratica*

della sinfisotomia) qui ne craint pas de déclarer que si la mort survient après une pareille intervention, elle est le fait du chirurgien lui-même et non de l'opération.

Exposons les arguments de M. Fraipont. Ce confrère invoque d'abord les statistiques qu'il dit les plus récentes et trouve les chiffres suivants : En France, sur 33 symphiséotomies pratiquées en 1892, il y a eu 6 décès, soit une mortalité de 18,1 pour 100. En Allemagne, si l'on s'en rapporte au relevé de Fronmel qui porte sur 78 symphiséotomies, on arrive à une léthalité de 11 1/2 pour 100 pour la mère et de 28,2 pour 100 pour le fœtus. C'est, comme on le voit, une moyenne à prendre en considération si on se fie aux statistiques. La mort serait due à l'hémorrhagie, au choc, voire même à la septicémie, nous dit M. Fraipont.

Si, maintenant, on met en parallèle la symphiséotomie et l'opération césarienne, M. Fraipont trouve pour cette dernière une mortalité de 2,8 pour 100 sur un total de 35 interventions et la mortalité infantile est aussi bien inférieure.

Veut-on savoir quelles sont les complications qu'on peut voir naître dans la symphiséotomie, c'est une hémorrhagie ayant son point de départ dans les plexus veineux rétropubiens ou provenant du clitoris. On a aussi observé des déchirures de la vessie, du vagin, laissant quelquefois à leurs suites des fistules soit uréthrales, soit vaginales.

Quant aux sorts ultérieurs des opérées, quant au résultat opératoire, on a beaucoup écrit sur ce sujet ; il est certain que dans beaucoup de cas, la symphise ne s'est pas consolidée et la mobilité des deux os iliaques l'un sur l'autre a entraîné des troubles fonctionnels soit du côté des membres inférieurs, soit du côté des organes urinaires. Aussi a-t-on proposé de faire une suture de la symphise, suture qui, pour certains accoucheurs, devrait être immédiate. Ces sutures réussissent du reste fort bien et on peut y recourir dans le cas où il se fait un défaut de consolidation.

Tels sont les arguments de M. Fraipont que nous nous bornons à enregistrer sans les discuter. Il ne faut pas, pour cet accoucheur, abandonner la symphiséotomie, mais savoir en limiter les indications.

Il est certain que, compris de cette façon, l'agrandissement momentané du bassin est une opération recommandable et cette opinion est soutenue par un collègue de M. Fraipont, le docteur Lambinon, qui s'en montre aussi partisan dans certains cas, sans toutefois ne pas faire une large place à l'accouchement provoqué et à l'opération césarienne.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1894. — Présidence de M. Rochard.

Anévrysme spontané. — Ligature de la fémorale — Mort

M. Viard : Un homme de 18 ans, présente au point de jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse, une tumeur du volume d'une orange, dure et mal limitée. La main appliquée sur cette tumeur sent les battements de l'artère fémorale, isochrones à ceux du pouls, et donne en même temps une sensation de soulève-

ment à chaque battement de l'artère. Le médecin traitant avait diagnostiqué un ganglion crural en voie de suppuration. Quoique pensant à un anévrysme de la fémorale, je sectionne la tumeur, je tombe sur un anévrysme, pendant qu'un aide comprime l'artère je lie la fémorale au pli de l'aine. Mais le sang revient par la fémorale profonde et ne s'arrête que par le tamponnement. Le malade meurt quatre jours après.

Du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel

M. Budin rapporte à l'Académie, au nom de M. Chavane et au sien, les résultats que leur a donnés à la Charité l'emploi du lait stérilisé. Il présente des courbes relatives les unes à l'allaitement mixte, les autres à l'allaitement artificiel. Deux enfants, dont les mères n'avaient pas assez de lait, ont reçu du lait stérilisé, ils l'ont admirablement digéré et leur courbe est supérieure à la courbe moyenne. L'allaitement mixte avec le lait stérilisé rend aussi de grands services aux femmes qui ont des jumeaux, les mères peuvent alors, en s'aidant, élever elles-mêmes leurs enfants : deux tracés viennent appuyer nettement cette opinion. Il est certains enfants qui ne peuvent supporter le lait de nourrice. Dans un cas de ce genre, le lait stérilisé a fait merveille. Il en a été de même pour un enfant né avec un bec de lièvre compliqué de gueule de loup ; ce dernier s'est développé de telle sorte qu'à sept mois il pesait onze kilos.

Il faut encore recourir à l'allaitement artificiel quand il y a syphilis de l'un ou des deux parents. M. Budin rapporte quatre observations où les enfants ont pu être élevés au lait stérilisé.

Le lait employé est le lait pur stérilisé dans les vingt-quatre heures. C'est lui qui donne les meilleurs résultats, car le lait coupé avec de l'eau est souvent insuffisant ; si ce lait réussit très bien, c'est que, sous l'influence du chauffage à près de 100 degrés, la caséine subit des modifications particulières qui rendent sa digestion beaucoup plus facile.

C'est le lait stérilisé chaque jour au bain-marie que MM. Budin et Chavane continuent de préférer. Chaque flacon contenant la quantité nécessaire pour une tétée, il ne reste pas de liquide en vidange capable de s'altérer ; ce qu'il faut obtenir, c'est du bon lait de vache. Dans les campagnes, la chose est assez facile, elle l'est moins à la ville pendant l'été.

MM. Budin et Chavane rappellent que, pour le nouveau-né tout au moins, rien ne vaut au début l'allaitement au sein. C'est le lait de la mère ou celui d'une bonne nourrice qui doit être préféré, c'est lui qui est le mieux digéré et qui fait courir le moins de risques. Mais le lait stérilisé complète très bien l'allaitement maternel insuffisant ; il rend donc de grands services dans les premiers mois pour l'allaitement mixte. Plus tard même, employé seul, il peut remplacer l'allaitement au sein.

L'usage du lait stérilisé en petites bouteilles, préparé par les mères et consommé dans les 24 heures, se généralise de plus en plus et beaucoup de nourrissons échappent, grâce à lui, aux diarrhées cholériformes si fréquentes autrefois. Nous pensons donc que son emploi bien dirigé et bien surveillé constitue un réel progrès pour l'hygiène infantile.

M. Tarnier rappelle que, dès 1882, il a fait de nombreuses expérienées sur la valeur du lait qu'il donnait soit en nature, soit coupé avec de l'eau simple ou de l'eau sucrée, soit bouilli dans une marmite américaine. Les résultats ne furent pas sensiblement différents avec le lait pur ou avec le lait porté à 100 degrés. Mais, dans tous les cas, l'allaitement naturel est encore bien supérieur à l'allaitement artificiel.

M. Fournier a eu beaucoup à se louer de l'emploi du lait stérilisé chez les nourrissons syphilitiques. Ceux-ci ne peuvent être confiés à une nourrice saine, l'allaitement par un

animal est peu pratique ; il faut recommander l'allaitement maternel pendant quelques jours, puis avoir recours au lait stérilisé.

Névrite du plexus cardiaque et angine de poitrine

M. Lancereau rappelle que, dès 1864, il avait rattaché certains faits d'angine de poitrine à la névrite cardiaque. Il présente aujourd'hui un nouveau fait à l'appui de cette théorie. Une femme de 31 ans a eu à 8 ans des accès de fièvre intermittente. Dès ce moment, elle eut des étouffements et à 32 ans elle eut la première crise d'angine de poitrine, ces crises devinrent ensuite très fréquentes. Il constata un souffle diastolique à l'orifice aortique et diagnostiqua une aortite. La malade succomba dans une de ces crises. A l'autopsie, le cœur est hypertrophié, les valvules aortiques sont épaissies et insuffisantes. Au-dessus d'elles, l'aorte présente une plaque indurée, qui rétrécit les orifices coronaires. La tunique externe de cette portion de l'aorte est épaissie et les filets nerveux du plexus cardiaque sont perdus et confondus au sein de cette tunique. L'examen histologique a également révélé leur altération. Il y a donc eu aortite débutant par la tunique externe de la première portion de l'aorte, et altération consécutive du plexus cardiaque.

Les cas d'aortite paludéenne ne sont pas rares, son siège habituel à l'origine de l'aorte explique pourquoi elle s'accompagne fréquemment d'une névrite cardiaque par propagation et de crises d'angine de poitrine.

M. Leroy de Méricourt ne se rappelle pas avoir jamais vu signaler l'impaludisme comme cause d'angine de poitrine. L'aortite des paludéens est souvent due à l'alcoolisme.

M. Laveran s'associe aux réserves faites par M. Leroy de Méricourt. Il ne croit pas qu'on puisse parler d'une angine de poitrine paludique.

M. Lancereaux répond que l'angine de poitrine est due à une aortite spéciale de la première portion de l'aorte; cette aortite se rencontre surtout chez les paludiques. Les médecins militaires anglais ont depuis longtemps observé que l'anévrysme de l'aorte est beaucoup plus commun dans la population militaire que dans la population civile ; ils attribuent cette fréquence à la syphilis, M. Lancereaux rattache cette aortite à l'impaludisme. On ne peut invoquer l'alcoolisme, l'alcool n'ayant aucune action sur les vaisseaux.

Plaies du crâne par balles de revolver

M. Schwartz : J'ai l'honneur de vous présenter un malade entré à l'hôpital Cochin le 7 juin 1893. Cet homme s'était tiré deux coups de revolver calibre 7 à la tempe droite. Quand nous le voyons, il a recouvré connaissance. On constate, au niveau de la région fronto-temporale droite, au-dessus de la queue du sourcil, deux orifices d'entrée de projectiles à contours noircis sans écoulement de liquide sanguin ou séreux. Il y a tout autour un gonflement considérable. Ecchymose de la paupière supérieure et conjonctivale. Pupille dilatée, immobile, et cécité complète de l'œil correspondant. La pupille ne réagit pas à la lumière. Les mouvements de l'œil en haut et en dedans sont faciles ; les mouvements d'abduction sont impossibles. Le malade a eu un écoulement assez abondant par le nez, mais cet écoulement a cessé actuellement. L'olfaction est diminuée, sans être abolie. D'ailleurs, aucun symptôme appréciable.

Etant donnée la direction des coups tirés de haut en bas et de dehors en dedans, nous pensons que les balles ont blessé ou sectionné le nerf optique et le nerf occulo-moteur externe ; et qu'il est inutile d'aller à la recherche des projectiles sur la situation desquelles nous n'avons aucun renseignement. On panse simplement les deux plaies d'entrée avec de la gaze iodoformée et du collodion. Aucun accident consécutif; et le 8 juin, le malade quitte l'hôpital, conservant une amaurose complète et un strabisme interne dû à la paralysie de l'oculo-moteur externe.

Il y rentre cinq mois après, le 5 décembre. Voici ce qui s'était passé. Vers le 15 juillet, cinq semaines après l'accident, il avait eu une épistaxis très abondante et depuis celle-ci s'est répétée dix fois. L'œil droit est toujours dans le même état. L'exploration des fosses nasales avec le stylet de Trouvé ne donne pas de résultat appréciable. Il se produisit un jour une hémorrhagie formidable qui nécessita le tamponnement immédiat des fosses nasales. Pensant que le sang provenait d'une branche de la maxillaire interne. je pratiquai, le 6 janvier, la ligature de la carotide externe gauche. Les épistaxis ne cessant pas, je lie la carotide externe droite.

Six jours après cette dernière ligature, une nouvelle épistaxis me décide à une intervention plus radicale. J'encadre tout le nez par une incision qui ne laisse adhérente que sa partie inférieure. Je sectionne les os du nez à ras de la face, je coupe la cloison verticalement et rabats tout le nez sous le menton, je luxe la cloison cartilagineuse à gauche, en pénétrant dans la fosse nasale droite, et je pénètre dans le sinus sphénoïdal droit plein de caillots ; j'enlève ceux-ci, je tamponne à la gaze iodoformée. Le nez est réappliqué sur la face et resuturé.

Les trois premiers jours, l'opéré présente de légers signes de thrombose du sinus caverneux droit ; puis les accidents s'apaisent. On enlève les tampons après 15 jours. Le blessé est définitivement guéri le 4 mars. Aujourd'hui, sa santé est très bonne. C'est à peine si on remarque la cicatrice de l'incision périnasale cachée dans les sillons nasogéniens.

—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet. — Présidence de M. Hayem

Infection pneumococcique dans l'érysipèle

M. Roger : On peut observer au cours de l'érysipèle, des pneumonies, des péritonites et des méningites qui relèvent non du streptocoque, mais d'une infection surajoutée par le pneumocoque.

M. Roger a observé six cas de pneumonie ; le début des accidents est insidieux et n'est annoncé que par une aggravation des phénomènes généraux : pas de frisson, pas de point de côté, pas de crachats rouillés ; l'auscultation fait seule faire le diagnostic en révélant un souffle tubaire occupant généralement la base du côté droit. Deux malades guérirent sur les six ; mais, quelle que soit la terminaison, l'évolution fut toujours fort courte et ne se prolongea guère plus de 24 heures. Dans l'expectoration, on trouva le pneumocoque. Dans un cas, la pneumonie s'accompagna de péritonite que M. Roger attribua au pneumocoque ; l'autopsie vint confirmer le diagnostic.

Les lésions constatées à l'autopsie diffèrent notablement de celles qui caractérisent la pneumonie franche ; c'est de la splénisation et non de l'hépatisation que l'on trouve. L'examen microscopique montre que les lésions frappent les bronches, les vaisseaux, les alvéoles ; le réseau fibrineux est souvent peu appréciable.

M. Roger a observé en outre trois déterminations méningées.

Dans un cas, on pensa d'abord à une détermination secondaire de l'infection streptococcique ; ce fut seulement à l'autopsie que l'on reconnut que les accidents dépendaient du pneumocoque. Les deux autres fois, les complications méningées se sont traduites simplement par du délire et de l'incontinence des matières.

Dans tous les cas, l'examen bactériologique a donné des résultats très nets : nombreux pneumocoques dans le poumon ou les méninges et dans le sang ; ces pneumocoques étaient tantôt isolés, tantôt associés à quelques rares staphylocoques ou à quelques streptocoques.

Les anciens observateurs avaient longuement discuté sur la nature des pneumonies

de l'érysipèle ; aujourd'hui on sait que l'altération pulmonaire peut être due au streptocoque ; mais cette éventualité est rare. M. Roger n'en a pas observé un seul exemple sur un total de 545 malades atteints d'érysipèle. Quant aux péritonites et aux méningites, personne n'avait songé à les rattacher à une infection secondaire et il est bien évident qu'une pareille conception ne pouvait être émise avant les recherches bactériologiques.

M. Roger pense enfin que l'évolution si spéciale des infections pneumococciques au cours de l'érysipèle tient à l'action simultanée du pneumocoque et du streptocoque ou plutôt des toxines streptococciques. Ce microbe restant souvent cantonné au niveau de la peau, il est probable que c'est à une imprégnation de l'organisme par ces produits solubles que sont dues et l'exaltation de virulence du pneumocoque, hôte habituel de la bouche et la marche particulière, parfois foudroyante, des manifestations.

M. Laveran a observé, dans ces derniers temps, une série de pneumonies mortelles; il y avait association du pneumocoque et du streptocoque. Ces malades n'avaient cependant pas d'érysipèle. L'affection était due évidemment tout d'abord au pneumocoque et le streptocoque n'envahissait que secondairement le poumon.

M. Roger n'a trouvé le streptocoque dans l'expectoration d'aucun de ses malades.

Des abcès péri-amygdaliens

M. Gouguenheim fait une intéressante communication sur les abcès péri-amygdaliens. Ces abcès sont plus rares que les abcès amygdaliens proprement dit ; ils siègent dans le tissus cellulaire rétro-amygdalien et se propagent dans les espaces cellulaires du voile du palais. L'inspection de la gorge montre une tuméfaction énorme de la loge amygdalienne et d'une partie du voile du palais ; quant à l'amygdale elle-même, elle est refoulée en dedans ou en bas. La terminaison de ces abcès est l'ouverture spontanée dans la bouche, si on n'intervient pas ; la durée totale est alors d'une douzaine de jours; l'incision précoce, suivie de lavages antiseptiques, hâte la guérison.

Traitement de l'angine diphtérique par la solution de sublimé au 1/20e dans la glycérine.

M. Moizard fait sur ce sujet une importante communication sur laquelle nous reviendrons ultérieurement. Qu'il nous suffise, pour le moment, de dire que les résultats fournis par cette méthode sont incomparablement supérieurs à tous ceux qu'avaient donnés jusqu'ici les attouchements avec les mélanges antiseptiques les plus préconisés, puisque le chiffre des guérisons, basé sur une statistique importante, varie de 81 à 95 pour 100.

M. Sevestre confirme les excellents résultats obtenus par M. Moizard.

M. Rendu lit une observation de M. Desplats (de Lille) intitulée : Atrésie des coronaires consécutive à une aortite, angine de poitrine, mort.

BOTANIQUE MÉDICALE PRATIQUE

—

Les Champignons comestibles et vénéneux (1)

La question des Champignons comestibles et vénéneux a toujours beaucoup préoccupé le public. La possibilité de tirer des végétaux de cette classe un aliment sain agréable et abondant a fait que toujours l'on s'est occupé de connaître les espèces les plus favorables sous le rapport nutritif, et de les distinguer de leurs congénères jouissant de propriétés tout opposées. Le défaut de connaissances nécessaires, l'imprudence

(1) Nous croyons être utile aux jeunes gens qui se destinent à la carrière médicale et qui, maintenant, sont forcés de faire une année d'études préparatoires, en leur donnant quelques notions de botanique médicale pratique. C'est dans ce sens, si nous sommes bien informés, que seront dirigées leurs études botaniques.

ou tout autre motif, ont de tous temps causé de graves accidents, dans lesquels le médecin a toujours été obligé d'intervenir. Il est donc de l'intérêt du public aussi bien que de celui du praticien d'avoir entre les mains quelques caractères certains pour reconnaître les bonnes espèces d'avec les mauvaises.

Tout d'abord, il faut poser en principe qu'il n'y a aucun caractère général, ni de couleur, ni de forme, qui puisse faire discerner les espèces comestibles. Seule, l'expérience pratiquée avec une sage prudence, a pu fixer les qualités des espèces, et les faire ranger en deux catégories principales : les espèces comestibles et les vénéneuses. A côté de ces deux catégories se trouvent des Champignons douteux ou suspects pour lesquels l'expérience n'a pas donné de résultats concordants, et des Champignons indifférents ou inutiles, à cause de leur petitesse ou de leur dureté, etc.

Il faut donc avant tout reconnaître l'espèce à laquelle appartiennent les individus que l'on a entre les mains ; cela fait, il faudra avoir recours aux traités spéciaux pour connaître leurs qualités.

Ce principe une fois posé, pour éviter des recherches dans des livres trop souvent incompréhensibles par l'emploi de termes techniques, nous allons passer en revue les espèces les plus communes qui sont comestibles, en exposant les caractères qui les distinguent des espèces voisines qui sont vénéneuses.

Dans l'immense groupe des Champignons (30,000 espèces environ ont été décrites jusqu'aujourd'hui), les espèces reconnues comestibles forment une infime minorité. En effet, sur six ordres que composent la classe des Champignons, quatre (les Myxomyetes, les Oomycètes, les Urédinées et les Ustilaginées) ne renferment, au moins dans nos contrées, aucune espèce ayant une valeur nutritive appréciable.

Dans le cinquième Ordre, celui des Ascomycètes, seules les Truffes, appartenant à la famille des Tubéracées, les Helvelles, les Morilles, et quelques Pézizes, appartenant au sous-ordre des Discomycètes, sont comestibles. On ne connaît pas, dans ces genres, de Champignons vénéneux, aussi nous ne nous y arrêterons pas.

La grande majorité des Champignons comestibles appartient, en somme, au sixième Ordre, celui des Basidiomycètes. Et encore dans cet Ordre faut-il laisser de côté les Gastéromycètes et les Trémellinées, qui n'offrent aucune espèce mangeable.

Ces dernières sont confinées dans le sous-ordre des Hyménomycètes, divisé en cinq familles : les Théléphorées, les Clavariées, les Hydnacées, les Polyporées et les Agaricinées.

Théléphorées. — La première de ces familles possède quelques espèces comestibles, appartenant au genre *Craterellus*, mais comme aucune espèce vénéneuse ne peut être confondue avec elles, le danger se trouve écarté. Les *Craterellus* ont la forme d'un pavillon de trompette, ce qui a valu à une espèce le nom de *Trompette des morts* (*Craterellus cornucopioides*).

Clavariées. — La famille des Clavariées ne contient également que des Champignons comestibles ou indifférents. Les premiers appartiennent tous au genre *Clavaria* ; ils ont la forme de petits arbres composés d'un gros tronc ramifié un plus ou moins grand nombre de fois. Ces espèces sont généralement indigestes et peu recherchées.

Hydnacées. — La famille des Hydnacées comprend des espèces formées, en général, d'un pied et d'un chapeau, comme les Champignons ordinaires ; mais sous le chapeau on ne trouve pas de lames ; elles sont remplacées par des aiguillons pendants ou des dents aplaties. La famille ne comprend que des espèces indifférentes ou comestibles : ces dernières font toutes partie du genre *Hydnum*, qui présente les caractères énoncés plus haut.

Polyporées. — La famille des Polyporées contient beaucoup d'espèces qui ont la con-

sistance du bois ou du liège, et qui sont par conséquent dépourvues de toute qualité nutritive. Cependant quelques autres sont charnues et très bonnes à manger. Le caractère des Champignons de cette famille est d'avoir sous le chapeau des tubes plus ou moins réguliers, accolés les uns aux autres et visibles seulement par une de leurs extrémités sous forme de pores. Souvent le pied au lieu d'être central est latéral, ou même manque complètement ; le chapeau est alors inséré directement sur le support qui est, dans ce cas, un tronc d'arbre.

Trois genres seulement contiennent des espèces comestibles :

Le genre Polypore (*Polyporus*), dont un grand nombre d'espèces sont dures et coriaces, en possède cependant quelques-unes assez tendres pour être mangées. Une seule espèce est réputée vénéneuse, c'est le *P. stipticus*, qui vit sur le tronc des Pins, des Sapins et des autres Conifères. Il suffit d'en donner le signalement pour éviter tout accident.

Le *P. stipticus* n'a pas de pied, son chapeau est fixé par le côté sur les troncs ; sa couleur est orangé pâle, avec des taches plus foncées, tirant sur le rouge ; sa face inférieure montre des pores blancs, laissant couler des gouttelettes laiteuses d'un goût âcre ; la chair du chapeau qui est de couleur blanche est également âcre ; enfin l'odeur est fétide.

Appartenant à cette même famille des Polyporées il y a encore la Fistuline (*Fistulina hepatica*) ou Langue de bœuf ou Foie de bœuf qui est comestible. On ne peut la confondre avec les autres Polyporées, car si on le fend dans sa longueur on voit que ses tubes sont distincts les uns des autres et forment de longues stries, semblables aux fibres musculaires de la langue d'un bœuf. Les pores sont rosés, et une couche gélatineuse rougeâtre recouvre tout le chapeau.

Mais le genre le plus intéressant de la famille des Polyporées, au point de vue qui nous occupe, est le G. Bolet (*Boletus*). Il renferme quantité d'espèces comestibles, mais aussi bon nombre d'espèces vénéneuses ; il faut donc être très prudent à leur égard. Les Bolets ont toujours un chapeau circulaire et un pied central, ce qui les distingue de la plupart des autres Polyporées. Ils sont mous et charnus, et de plus leurs tubes forment une couche distincte du chapeau dont on peut les isoler ; ce dernier caractère les différencie spécialement des *Polyporus*, leurs plus proches voisins.

Parmi les Bolets, un premier groupe se distingue par la présence d'un anneau membraneux sur le pied. Ce groupe renferme des espèces comestibles ou indifférentes ; aucune jusqu'ici n'a été donnée comme vénéneuse.

Les Bolets à pores blancs ou jaunisssant faiblement dans la vieillesse sont tous comestibles et comprennent les espèces le plus généralement employées ; telles sont le *B. edulis* ou Cèpe commun et le *B. scaber* ou Tête de Nègre. Le premier a le chapeau gris brun ou chamois et le pied couvert de petites fibres saillantes anastomosées en réseau. Le second a un chapeau ridé ou gercé ; la surface du pied est couverte de grosses granulations noirâtres. Il ne faudrait pas confondre avec les espèces de ce groupe celles qui ont des pores roses ou gris rosé : elles sont vénéneuses.

On n'est pas encore bien fixé sur la valeur de quelques espèces à pores blancs et qui bleuissent ou verdissent quand on les casse. Il est prudent de s'en abstenir.

Il est bon de ne faire aucun usage des espèces dont les pores sont nettement rouges : les plus vénéneuses font partie de ce groupe ; tel est le *B. Satanas* qui bleuit ou verdit quand on le casse et dont le pied très renflé à la base présente un réseau rouge dans la partie supérieure. On n'est pas d'accord sur la valeur de quelques espèces de ce groupe, mais de l'aveu même de ceux qui prétendent en avoir mangé, la chair est dépourvue de toute finesse.

Les autres Bolets ont des pores jaunes ou brunâtres ; si dans ce cas le pied est rouge

en entier ou en partie, ils sont à rejeter ; les autres espèces qui ont le pied dépourvu de cette couleur sont ou comestibles ou indifférentes.

En résumé pour le genre Bolet rejeter les espèces à tubes rouges ou roses ou à pied rouge est de la plus élémentaire prudence ; de plus, si l'on s'en tient aux espèces munies d'un anneau ou de tubes blancs, on ne courra aucun danger.

L. Géneau de Lamarlière,
Docteur ès sciences.

(*La fin au prochain numéro.*)

COURRIER

Concours du bureau central (médecine). — Le concours pour trois places de médecin du bureau central (médecine) s'est terminé par la nomination de MM. Ménétrier, Duflocq et Queyrat.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1894, la chaire de médecine du Collège de France est déclarée vacante.

— M. le docteur Frasey, médecin du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris, vient d'être nommé, à l'unanimité des membres du Comité, médecin de la crèche de cet arrondissement.

— Le Conseil municipal a voté la création d'un sanatorium de phtisiques sur le domaine d'Angicourt (Oise).

Il a adopté aussi les conclusions d'un rapport de M. Faillet, sur la construction, à l'hôpital Saint-Louis, de l'école-hôpital Lallier, destiné aux enfants teigneux.

— Les cours du professeur Nothnagel, de Vienne, viennent d'être suspendus par ordre du doyen de la Faculté. Motifs : les démonstrations hostiles des étudiants qui protestaient contre l'attitude du professeur qui avait blâmé l'agitation antisémite.

VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie. — Les travaux préparatoires du huitième Congrès international d'hygiène et de démographie, qui sera tenu à Budapest du 1 au 9 septembre, seront bientôt achevés. Le succès desdits travaux dépasse d'ores et déjà les meilleures espérances et le congrès ne sera pas seulement le digne successeur de ceux qui l'ont précédé, mais, à plusieurs points de vue, sa réussite sera encore plus considérable, nous en avons la certitude, vu le considérable intérêt qu'il provoque dans toutes les contrées du monde. Jusqu'à ce jour, ont été annoncées 593 lectures pour le groupe d'hygiène et 132 pour le groupe de démographie, soit en tout 725 lectures. En outre, se feront représenter au congrès : 26 gouvernements, avec 92 délégués, 91 autorités avec 163 délégués, 41 universités avec 65 délégués, enfin 132 sociétés et associations avec 300 délégués, soit jusqu'à ce jour 290 délégations avec 620 membres.

Parmi ces délégations, nous devons spécialement relever les gouvernements de la République Argentine, des Etats-Unis d'Amérique, du Japon ; l'Etat du Michigan et la colonie du Cap de Bonne-Espérance ; les villes d'Alexandrie, Burma, Howrah, Ranghoon et Mexico ; le « Columbia College » de New-York et l'Université de Michigan ; la Société de géographie et de statistique de Mexico, etc.

Une des principales attractions du congrès sera l'Exposition et surtout la section de cette exposition montrant les progrès réalisés dans l'assainissement des grandes villes. Parmi les exposants à cette section hautement intéressante, citons les villes de Paris, Berlin, Hambourg, Venise, Odessa, Brünn, Montpellier, Alexandrie, San Louis Potosi, etc.

Parmi les lectures présentant un intérêt général, nous relevons les suivantes :

1° Professeur E. Levasseur (Paris) : Histoire de la démographie;

2° Ernest Hart (Londres) : La défense contre le choléra dans les pays orientaux et l'hypothèse de sa diffusion épidémique ; propagation du choléra par les communications fluviales et par les grandes lignes de chemins de fer ; les relations directes existant entre la propagation du choléra et celle de la fièvre typhoïde par l'eau, le lait et les matières alimentaires ; comme aussi avec les rapports prouvés entre la suppression du choléra et de la fièvre typhoïde et les améliorations dans le système de drainage, etc. (en anglais) ;

3° Professeur docteur C. Lombroso (Turin) : Le criminel ;

4° Professeur docteur Erisman (Moscou) : La lutte contre la mort (en allemand) ;

5° Professeur docteur E. Leyden (de Berlin) : Sur les soins que prennent les grandes villes pour les tuberculeux (en allemand);

6° Professeur docteur G. von Mayr (Strasbourg) : Statistique et sociologie (en allemand) ;

7° Ingénieur Herczberg (Berlin) : Devoirs de l'ingénieur en ce qui concerne l'hygiène (en allemand).

La Compagnie internationale des wagons-lits et des grands-express enropéens a été chargée de la remise des billets de voyage jouissant des réductions accordées Ces réductions ne sont, bien entendu, consenties qu'aux porteurs de la carte de membre du congrès. Le comité exécutif envoie en ce moment la deuxième édition de l'invitation contenant des éclaircissements détaillés et invitant les adhérents à l'assemblée scientifique d'envoyer, jusqu'au 10 août, le montant de leur cotisation au secrétariat général du congrès (Budapest, hôpital Saint-Roch), car autrement le comité exécutif ne saurait assumer de responsabilité en ce qui concerne les exigences des membres retardataires.

Faculté de médecine pour les femmes. — L'ouverture de la Faculté de médecine pour les femmes à Saint-Pétersbourg est proche ; plusieurs personnes ont fait savoir qu'elles sont prêtes à fournir la somme nécessaire qui manque pour les dépenses. Une commission spéciale est élue pour discuter ces projets. M. Berchat a légué 200,000 roubles pour cette Faculté.

Nécrologie. — MM. les docteurs Depens (de Bazas) et Langlois (de Nancy).

Corps de santé de la marine et des colonies. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Laugier, médecin en chef de la marine ;

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Fortoul, Aubert, Le Denmat, Michel, Kergrohen, Bellot et Espieux.

Ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, savoir :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe : M. Cazes. — *Au grade de médecin principal* : M. Péthellaz. — *Au grade de médecin de première classe* : MM. Chauveau, Marquebosse, Bouyssou, Neiret, Buisson, Devaux, Quennec et Logerais. — *Au grade de médecin de deuxième classe* : MM. Lefèvre, Auzillon et Mainguy.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. MOIZARD : Traitement de l'angine diphtérique par le sublimé en solution au 20e ou au 30e dans la glycérine. — II. E. ROCHARD : La Société de chirurgie. — III. L. GÉNEAU DE LAMARLIÈRE : Les champignons comestibles et vénéneux.

Traitement de l'angine diphtérique par le sublimé en solution au 20e ou au 30e dans la glycérine,

Communication à la Société médicale des hôpitaux, par M. MOIZARD, médecin de l'hôpital Trousseau.

Longtemps avant que les travaux de l'école bactériologique eussent démontré d'une façon indiscutable le caractère primitivement local de la diphtérie et en eussent fait le type des maladie toxiques par les poisons sécrétés au niveau des fausses membranes par le bacille de Klebs-Lœffler, les médecins avaient dirigé tous leurs efforts contre la lésion pharingée, sachant bien que la médication locale était la seule qui donnât des succès. Il faut lire dans les cliniques de Trousseau les admirables leçons consacrées à la diphtérie pour reconnaître que, mieux armés certainement, guidés par des conceptions théoriques aujourd'hui définitivement fixées, grâce surtout aux beaux travaux de MM. Roux et Yersin, nous ne faisons en somme que suivre la voie qu'avaient tracée les maîtres de l'école clinique et, à leur tête, Trousseau.

Attaquer vigoureusement les bacilles, neutraliser par une médication rigoureusement antiseptique les toxines qu'il sécrète, s'opposer à leur absorption par de fréquentes irrigations buccales, telles sont les indications formelles de tout traitement de la diphtérie.

Depuis ces dernières années, les topiques les plus employés dans le traitement de l'angine diphtérique sont le phénol sulfo-riciné, la mixture phéniquée recommandée par notre collègue M. Gaucher, le stérésol préconisé par M. Berlioz, de Grenoble. Toutes ces préparations sont excellentes ; je ne leur fais qu'un reproche : la fréquence des attouchements pharyngés qu'il est nécessaire de pratiquer avec elles. C'est, en effet, toutes les quatre heures que nous recommandons de faire les applications topiques sur la gorge des malades ; si on y ajoute les grandes irrigations de la bouche et du nez qui doivent être faites dans leur intervalle, on comprend que les malheureux malades, déjà si débilités, ne peuvent supporter qu'avec une extrême fatigue un traitement aussi rigoureux.

Et pourtant cette rigueur même est la condition du succès.

Une médication qui réunirait le maximum du pouvoir antiseptique au minimum de fatigue à imposer aux malades serait l'idéal, jusqu'au jour où la sérothérapie de la diphtérie, expérimentée en ce moment par M. Roux, sera entrée dans la pratique.

Le sublimé, employé selon les règles formulées par le docteur Goubeau, d'Ecueillé (Indre), remplit ces conditions.

Peu employé en France dans le traitement de la diphtérie, le sublimé avait été préconisé dès 1867 par Billotti, qui recommandait, pour les attouchements pharyngés, la formule ci-dessous:

Eau distillée..........	20 grammes
Alcool..............	10 —
Sublimé.............	1 —

M. le professeur Jaccoud emploie depuis longtemps les attouchements avec une solution de sublimé au 1/500e.

En Allemagne, c'est surtout le sublimé qui est employé dans le traitement de la diphtérie. Kaulich en 1882, Stumpf en 1887 l'ont préconisé en solutions faibles au 1/1000

ou au 2/1000e, et ont obtenu d'excellents résultats. En France, le sublimé n'a été prescrit jusqu'ici qu'exceptionnellement dans la diphtérie. Pourtant, dès 1889, Despine et Picot montrèrent que l'action parasitaire du sublimé sur le bacille de Klebs est déjà appréciable avec une solution au 10/1000e.

Dans une communication faite en décembre 1893 à la Société de pédiatrie de Moscou, Grégorieff constate que le sublimé mis en contact pendant deux minutes avec le bacille de Klebs arrête son développement. Mon interne, M. Griner, dans des recherches qu'il a bien voulu faire, sur ma demande, a constaté qu'après l'immersion, pendant quelques secondes seulement, de la fausse membrane dans la glycérine sublimée au 1/20e, l'ensemencement sur tube de sérum reste stérile. On sait que l'action du sublimé n'est pas moins active sur les microbes qui, comme le streptocoque et le staphylocoque, sont si souvent associés au bacille de Klebs-Lœffler, et augmentent dans de si grandes proportions la gravité de la maladie. D'après MM. Tarnier et Vignal, la liqueur de van Swieten les tue en une minute.

C'est dans le *Mercredi médical* du 3 janvier 1894 que le docteur Goubeau publia les résultats vraiment remarquables que lui avaient donnés les attouchements de sublimé au 1/20e dans la glycérine, dans le traitement de la diphthérie.

Frappé du peu de causticité des solutions concentrées de sublimé dans la glycérine, préconisées par le docteur Despagnet dans le traitement de la blépharite, M. Goubeau eut l'idée de les employer dans la diphtérie. Au début il se servit de solution au 1/30e plus tard il fit sa solution au 1/20^{e}

Pour les cas de moyenne intensité, M. Goubeau fait deux applications par vingt-quatre heures, trois dans les cas graves.

« Très rapidement après l'attouchement, dit notre confrère, les fausses membranes se rétractent et deviennent moins adhérentes. Je ne les enlève pas : j'attends qu'elles tombent d'elles-mêmes. Devenues inoffensives par l'action du sublimé qui retarde et empêche même la pullulation du bacille, elles forment sur la muqueuse dénudée une sorte d'enduit protecteur et rendent l'application de la solution moins douloureuse.

Quand elles ont disparu, il se forme quelquefois sur les piliers une dépôt blanchâtre, opalin, constitué par des albumines coagulées, avec lesquelles M. Hulot, interne des hôpitaux de Paris, n'a pu obtenir de culture du bacille de Klebs. Les cinq ou six premières applications ne sont pas douloureuses. Elles laissent seulement dans la bouche, pendant une heure, un goût métallique. Les suivantes déterminent une sensation de brûlure légère qu'un lavage à l'eau fraîche calme immédiatement. Ce qui m'a frappé, ajoute le docteur Goubeau, c'est la rapidité avec laquelle disparaissent les fausses membranes, pour ne plus se reproduire, et le retour presque immédiat à la santé après cette disparition. Aucune de mes diphtéries pharyngées prises au début n'a duré plus de trois jours. Dans un cas, même, les fausses membranes disparurent en deux jours, bien que je n'eusse été appelé que trois jours après le début des accidents. »

Sauf pour trois enfants, notre confrère n'a pu employer les irrigations nasale et buccale.

Il paraît donc juste de rapporter au sublimé seul les résultats obtenus et ces résultats sont superbes, puisque sur 21 cas, dont 9 extrêmement graves, M. Goubeau n'a pas eu un décès à déplorer.

Il n'a jamais observé, à la suite de ce traitement, ni ulcération pharyngée, ni accidents toxiques. Notre confrère est tombé évidemment sur une série heureuse. Nous ne pouvons pas, malheureusement, espérer d'obtenir de pareils succès dans la thérapeutique de la diphtérie. Pourtant, une méthode de traitement qui fait disparaître rapidement les fausses membranes, sans exiger plus de deux ou trois badigeonnages par

24 heures, sans déterminer de douleurs ni exposer à des dangers d'intoxication, présente une telle supériorité sur tout ce que nous avons employé jusqu'à ce jour, que, lorsque M. Hulot, interne des hôpitaux, qui avait collaboré au travail de M. Goubeau, demanda de l'essayer sur les diphtériques de l'hôpital Trousseau, cette autorisation lui fut accordée. Depuis le mois de février de cette année, c'est à elle que nous avons eu recours, mes collègues et moi, et nous avons été si satisfaits des résultats obtenus pour que j'aie pensé qu'il était utile de vous les faire connaître.

Un de mes élèves, maintenant docteur, Le Gendre, a étudié sur mes conseils, dans sa thèse inaugurale, cette thérapeutique nouvelle de la diphtérie. En outre, M. Hulot publiera, dans un des prochains numéros des *Archives générales de médecine*, un mémoire basé sur 67 observations. Il y a donc lieu d'espérer que cette méthode de traitement ne tardera pas à être vulgarisée. Nous employons, comme l'indique M. Goubeau, le sublimé dissous dans la glycérine au 20e. Pour les petits enfants, de quelques mois à deux ans, c'est d'une solution au 30e ou au 40e que nous nous servons.

C'est un liquide de consistance sirupeuse, absolument transparent ; contrairement à ce qu'on pourrait supposer, il n'est nullement caustique. Quelques gouttes de ce liquide mises sur la langue ne déterminent aucune sensation de cuisson, aucune douleur, laissant seulement un goût métallique qui ne tarde pas à disparaître. Du reste, les enfants assez âgés pour rendre compte de leurs sensations n'accusent pas de douleurs après le badigeonnage.

L'application sur les amygdales d'une substance aussi toxique nécessite des précautions que je vous demande d'indiquer avec quelques détails.

Pour pratiquer ces badigeonnages, il faut, s'il s'agit d'un enfant, que le malade soit enlevé de son lit, entouré d'un drap plié en plusieurs doubles, et solidement maintenu par une personne vigoureuse qui fixe la tête contre sa poitrine. Ceci fait, le médecin maintient la bouche largement ouverte avec la main gauche armée d'un abaisse-langue, ou d'une cuiller, et pratique le badigeonnage de la main droite.

Pour le faire, on peut se servir soit des pinceaux molletonnés de M. de Crésantigues, soit de pinces à forci-pressure dont l'extrémité est garnie d'un tampon d'ouate antiseptique, soit, ce qui est beaucoup plus simple, de manches de pinceaux ou de porte-plumes dont une des extrémités est garnie d'un bourdonnet d'ouate du volume d'une olive à peu près. Quelle que soit l'instrumentation, il est nécessaire d'avoir trois pinceaux ainsi préparés. Chaque badigeonnage se compose, en effet, de trois temps. Dans un premier temps, on nettoie la gorge, aussi exactement que possible, avec un pinceau sec, cherchant à enlever le plus de mucosités possible, à détacher également les fausses membranes, mais sans effort, sans violence, évitant d'excorier la muqueuse.

Cela fait, on touche, dans un second temps, les parties malades avec un autre pinceau trempé dans la glycérine sublimée et exprimée. Cet attouchement est fait légèrement. Enfin, pour éviter la déglutition du liquide, on essuie immédiatement après les parties sur lesquelles on vient de l'appliquer avec le troisième pinceau.

Grâce à ces précautions, il n'y a pas lieu de redouter les accidents d'intoxication, qui, *a priori*, je le reconnais, sembleraient singulièrement à craindre.

Cette petite opération en trois temps se fait très rapidement, s'il y a autour du malade un personnel suffisant. Les pinceaux d'ouate préparés d'avance, et l'un d'eux imbibé de glycérine au sublimé, sont passés successivement à l'opérateur. En quelques secondes tout est terminé et le malade remis au lit.

On ne pratique que deux badigeonnages par 24 heures, trois au plus, dans les cas graves.

J'insiste sur cette rareté des badigeonnages. C'est un des grands avantages de cette

méthode de traitement si efficace. Avec les autres topiques nous recommandons de faire les attouchements au moins toutes les 4 heures et une ou deux fois pendant la nuit. Au total 6 à 8 attouchements par 24 heures. Avec les lavages de la bouche, qui sont si importants, et qu'il faut pratiquer aussi bien quand on emploie la glycérine sublimée que les autres topiques, cela fait 12 à 14 opérations par 24 heures, accompagnées de cris, de pleurs, de résistance, qui ne tardent pas à amener une fatigue extrême du petit malade. Avec le traitement par le sublimé, au contraire, tout est réduit au minimum de fatique et de douleur.

Sous l'influence de ce traitement, les fausses membranes se modifient rapidement. Quand il s'agit d'angine moyenne, dès le second jour du traitement, elles deviennent moins épaisses, plus molles, prenant cette coloration légèrement grisâtre qui indique l'imminence de leur chute.

Dans l'immense majorité des cas, les fausses membranes ont disparu le cinquième jour. J'avoue qu'en voyant annoncée, dans le travail de M. Goubeau, cette rapide disparition des fausses membranes, j'avais peine à croire à un pareil résultat, sachant bien que, dans la diphtérie, les fausses membranes pharyngées persistent de 10 à 20 et même 25 jours.

Il a bien fallu nous rendre à l'évidence.

Chez ma fille, qui a été un des premiers enfants traités à Paris par la glycérine sublimée (il s'agissait d'une angine diphtérique avec infiltration amygdalienne, la diphtérie ayant été démontrée par des cultures), les fausses membranes disparurent complètement au bout de cinq jours de traitement. Depuis lors, soit à l'hôpital, soit en ville, j'ai eu l'occasion d'employer souvent cette médication, et je crois pouvoir affirmer que, dans les angines moyennes, ce résultat remarquable par sa rapidité a toujours été obtenu.

Dans les angines graves, si la disparition des fausses membranes est moins rapide, elle a lieu dans un délai maximum de 7 jours.

Il importe d'insister sur un pareil résultat. Non seulement la disparition rapide des fausses membranes pharyngées peut conjurer l'apparition du croup, mais on comprend l'importance de détruire aussi rapidement un foyer d'infection dangereux par les toxines qu'il produit, et qui sont, comme on le sait aujourd'hui, la cause directe des complications si graves de la diphtérie (troubles cardiaques, paralysie).

Il serait intéressant de rechercher si les enfants ainsi traités échappent plus que d'autres à ces redoutables accidents. *A priori*, c'est probable.

Mais, je ne puis répondre à cette question que par des faits. Aucun des faits que j'ai traités en ville n'en a présenté, il est vrai.

Mais ces cas ne sont pas assez nombreux pour qu'il me soit permis de formuler une conclusion. A l'hôpital, nous voyons rarement la paralysie diphtérique : le pavillon étant toujours encombré, nous sommes obligés de renvoyer les malades avant que soit passée la période où cette complication est à craindre.

Je rappelle qu'avec les attouchements au sublimé, nous prescrivons toujours les grands lavages de la bouche et du nez.

C'est là une pratique indispensable qui a pour but de s'opposer à l'absorption des toxines. Bien que, dans les cas de M. Goubeau, presque tous les enfants en aient été privés, et qu'ils aient tous guéri, je considère ces lavages comme indispensables. Il faut les pratiquer toutes les quatre heures, plus souvent s'il s'agit de formes graves. Ces lavages doivent toujours être pratiqués avec une substance non toxique (solution d'acide borique, eau bouillie, eau de blana). Certains enfants peuvent, en effet, déglutir une quantité assez considérable de liquide pendant le lavage.

Il était intéressant de rechercher si les enfants traités par la glycérine sublimée conservaient moins longtemps qu'à la suite des autres traitements des bacilles virulents dans la salive, après la disparition des fausses membranes. Dans leur mémoire de 1890, MM. Roux et Yersin ont publié les résultat de leurs expériences sur ce point. Ils ont trouvé le bacille quatorze jours après la disparition des fausses membranes. M. Péron, interne des hôpitaux, a répété ces expériences à Trousseau en 1893, et est arrivé aux mêmes résultats. Mon interne, M. Griner, a bien voulu faire cette recherche sur nos malades traités par le sublimé. L'examen de trente enfants a donnné les résultats suivants: Jusqu'au quinzième jours après la disparition des faus es membranes on obtient encore des cultures de bacilles de Lœffler sur tubes de sérum. A partir du quinzième jour, dans l'immense majorité des cas, les cultures restent stériles. Les enfants ont été examinés jusqu'au trentième et trente-cinquième jour.

Dans un seul cas, le bacille de Lœffler persistait trente jours après la disparition des fausses membranes.

Ces résultats sont importants : ils montrent qu'à la suite du traitement par le sublimé comme après tout autre, il est indispensable de continuer, au moins pendant une quinzaine de jours, les lavages de la bouche, sous peine de s'exposer à des rechutes de la diphtérie ; fait rare, mais qui s'observe pourtant quelquefois.

Il est trop évident que le sublimé ne guérira pas toutes les angines diphtériques. Si la quantité de poison qui pénètre rapidement dans l'organisme est trop considérable, soit parce que la lésion locale est très étendue, soit parce que le bacille est particulièrement actif et virulent, le malade succombera fatalement.

Mais il n'en est pas moins vrai que le sublimé dissous dans la glycérine me semble être le topique de choix, celui qui permet le traitement le plus simple, et donne, jusqu'à présent, les meilleurs résultats. Les deux objections qu'on pourrait formuler contre son emploi, ce sont la causticité d'une solution de sublimé à un pareil degré de concentration, et le danger d'intoxication.

J'ai répondu par avance à ces objections : la glycérine atténue ou conjure complètement la douleur. Quant aux dangers d'intoxications, ils sont peu à craindre, M. Goubeau n'en a jamais observé; quant à moi, je n'en ai vu que de très légers et encore très exceptionnellement. Tout se bornait à un peu de diarrhée et à une gingivite légère. Il est utile, pour les prévenir, de faire prendre du chlorate de potasse Un cas seulement me semble contre-indiquer ce traitement : l'extrême indocilité de certains enfants. Lorsqu'il s'agit d'un enfant vigoureux, qui résiste et se débat d'une façon exagérée, il est préférable de s'abstenir, en raison des difficultés du badigeonnage qui ne pourrait être pratiquée que d'une façon incomplète, et exposerait à des accidents. Ces fait sont exceptionnel. Le très jeune âge des enfants n'est pas un obtacle au traitement. J'ai traité avec succès des enfants de un an et au-dessous. Seulement, j'emploie dans ce cas du sublimé au 30e ou au 40e, et en prenant des précautions minutieuses, je n'ai pas eu d'accident.

Il me faut maintenant indiquer les résultats obtenus. J'ai dit que le mémoire du docteur Goubeau était basé sur 21 cas d'angine diphthériques dont 8 extrêmement graves, tous suivis de guérison. C'est là, évidemment, une série heureuse, très remarquable certainement, surtout par le fait indiqué par M. Goubeau et vérifié, ultérieurement, à l'hôpital Trousseau, de la disparition très rapide des fausses membranes et de la guérison précoce de l'angine. Mais ce n'est qu'une série heureuse, trop heureuse même pour qu'elle puisse permettre de formuler une opinion sur la nature du traitement, étant donné surtout qu'il n'y avait eu que très peu d'examens bactériologiques.

Mais, les conclusions de M. Goubeau ont été heureusement confirmées par les expé-

riences qui ont été faites à l'hôpital Trousseau, et qui datent maintenant de près de six mois, puisque depuis le mois de février 1894, c'est presque exclusivement à la glycérine sublimée que nous avons recours dans le traitement des angines au pavillon Bretonneau.

M. Hulot, interne des hôpitaux, à l'instigation duquel le traitement a été essayé à l'hôpital Trousseau, a bien voulu me communiquer les résultats de la statistique qu'il publiera dans le mémoire fait en collaboration avec M. Goubeau, et qui paraîtra prochainement dans les *Archives de médecine*. Le mémoire porte sur 67 observations d'angines diphtériques, dont 41 contrôlées par la culture des fausses membranes sur sérum.

« Je suis arrivé, m'écrit M. Hulot, à une mortalité de 4.7 p. 100, c'est-à-dire plus de 95 p. 100 de guérisons. »

C'est, on en conviendra, un magnifique résultat, qui n'avait jamais été obtenu avec les autres méthodes de traitement.

Dans sa thèse, M. Le Gendre, sur 42 observations prises dans mon service du 1er avril au 15 mai 1894, arrive à 69 p. 100 de guérisons. Bien que très inférieur à la statistique de MM. Hulot et Goubeau, ce résultat est encore très beau.

A ce moment, le pavillon Bretonneau, qui est installé de la façon la plus défectueuse, et que nous n'avons pu faire modifier malgré nos réclamations, était ravagé par la broncho-pneumonie. On jugera de la situation quand j'aurai dit que sur 49 opérés au mois d'avril, nous n'avons obtenu que 2 guérisons. La situation était telle que le pavillon eût été fermé, si cette mesure n'avait été rendue impossible par l'encombrement résultant d'une recrudescence de la diphtérie à cette époque.

M. Le Gendre n'a pas cherché à embellir sa statistique ; je lui reprocherai même de l'avoir chargée, car je trouve parmi les décès :

1° Un cas de mort à la suite de la trachéotomie dans un croup survenu après une diphtérie pharyngée, buccale, nasale et auriculaire ;

2° Une angine toxique avec diphtérie nasale, mort par infection avec arthrite suppurée de l'articulation métacarpo-phalangienne droite ;

3° Une angine grave avec croup ;

4° Une angine toxine suivie de croup et de trachéotomie ;

5e Une observation analogue à la précédente ;

6° Un autre cas semblable.

Je crois que M. Le Gendre aurait pu éliminer ces observations, et si j'ai tenu à les citer, c'est pour qu'il soit bien démontré qu'il ne peut mériter le reproche d'avoir allégé sa statistique. Aussi, pour me mettre à l'abri de toute erreur, j'ai fait faire la statistique des angines *non suivies de croup* traitées au pavillon Bretonneau du 1er avril au 29 mai 1894, époque où sévissait l'épidémie de broncho-pneumonie sur nos opérés et où l'encombrement du pavillon rendait les conditions de nos petits malades si défavorables. Plusieurs des observations de M. Le Gendre étant comprises dans le nombre, je laisserai de côté dans la statistique qui terminera cette étude les résultats de la thèse de M. Le Gendre.

Sur 112 angines légères, moyennes, graves ou toxiques, je trouve 18 décès et 94 guérisons, soit une proportion de 83 p. 100. C'est moins beau que la statistique de MM. Goubeau et Hulot, mais c'est encore un très beau résultat.

Du 1er juin au 9 juillet, il est entré au pavillon Bretonneau 63 angines diphtériques. Sur ce nombre, 13 enfants sont morts. J'en élimine 2 qui n'ont séjourné que quelques heures au pavillon, où on peut dire qu'ils ne sont entrés que pour mourir. Il y a donc eu 50 guérisons sur 61 malades, c'est-à-dire, 81.91 p. 100.

Somme toute, en ajoutant aux 21 premiers cas de M. Goubeau les 76 cas réunis dans

le mémoire de MM. Goubeau et Hulot, plus 112 cas observés par moi en avril et mai à Trousseau, et 61 cas traités du 1er juin au 1er juillet, j'arrive à un total de 261 angines traitées par le sublimé, qui ont donné une proportion de guérisons variant de 93 p. 100 à 81.91 p. 100. Ces chiffres plaident en faveur de la méthode, et il serait difficile de leur opposer l'argument de la série heureuse. Si, en effet, cette objection peut être formulée contre les premiers résultats obtenus par M. Goubeau, elle n'est pas applicable aux 240 cas observés presque tous à Trousseau, soit par M. Hulot, soit par mon collègue M. Sevestre, soit par moi.

Je crois donc pouvoir recommander le traitement de l'angine diphtérique par les attouchements de sublimé. Jusqu'à présent, et toutes réserves faites au sujet des injections de sérum anti-toxique qui sont expérimentées en ce moment par M. Roux et ont donné, paraît-il, d'excellents résultats, je puis dire qu'il n'en est pas de plus efficace, de plus simple et de plus sûr.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Comme nous l'avions annoncé, la discussion continue aujourd'hui sur la *thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire*. M. Routier prend le premier la parole et rapporte deux observations presque calquées l'une sur l'autre, dans lesquelles, décidé d'abord à pratiquer l'abouchement de la vésicule dans l'intestin, il ne put y arriver à cause des adhérences, à cause de la longueur de l'intervention et de la faiblesse de la malade, et dut se border à la cholécystotomie. Le cathétérisme des voies biliaires, tenté à plusieurs reprises, n'avait pu être fait; il y avait donc une oblitération des voies d'excrétion et, chose curieuse, après avoir rendu une grande quantité de bile par la fistule, cette dernière se cicatrisa et M. Routier put assister au rétablissement de la circulation biliaire, voir tous les symptômes cesser et ses malades guérir complètement.

Devant ces faits, il ne peut trouver d'autre explication qu'une obstruction momentanée et être aussi de l'avis de M. Michaux, qui tend à préférer l'ouverture simple de la vésicule à son anastomose avec l'intestin, à cause du danger de l'infection ascendante.

M. Terrier monte alors à la tribune et, reprenant la communication de M. Michaux, analyse les faits. Certes, dans l'observation de M. Ricard, il y avait dilatation et calculs et, suivant la remarque de Courvoisier, la lithiase devait entraîner l'atrophie de la vésicule; mais c'est là un fait connu, exceptionnel il est vrai, mais dont le professeur Terrier possède plusieurs observations. Il est, du reste, à remarquer que ces cas d'hydropisie de la vésicule, avec calculs, coïncident avec un épaississement des parois de ce réservoir et un état inflammatoire de ces parois qui rend les tissus friables et leur suture délicate.

Quant au cathétérisme des voies biliaires, même dans un organe sain, il est très difficile, ainsi que M. Terrier a pu s'en rendre compte dans des expériences, et on ne peut pas conclure à une oblitération de par ce fait même qu'on n'a pas pu parvenir à introduire une sonde. D'autant que chez les opérés il y a presque toujours un état inflammatoire des parties qui peut boucher momentanément le canal. Que dans ces conditions on dérive par une incision extérieure le cours de la bile, on voit immédiatement cette inflammation se calmer, puis tout d'un coup la bile reprendre

son cours naturel. C'est la seule explication à donner aux cas apportés par M. Routier et, pour sa part, M. Terrier en possède de semblables. On devra toujours savoir que, dans le cathétérisme biliaire, il faut agir avec beaucoup de précautions, car on détermine facilement une hémorrhagie.

Quant à l'infection secondaire, elle est la règle ! et cela n'a rien d'étonnant; mais on ne peut pas dire pour cela que la malade de M. Ricard ait succombé à cette complication; car l'autopsie n'a pu être faite et on rencontre fort bien des vésicules pleines de calculs avec un cancer caché à la face inférieure du foie.

Enfin, dans l'énumération que M. Michaux a faite des opérations relatives aux voies biliaires, il a oublié de citer la cholécystectomie, qui consiste à enlever la vésicule et les interventions sur le canal cholédoque.

C'est pour relater une cholédocotomie que M. Quénu prend, du reste, la parole en montrant que la cholécystentérostomie n'est pas toujours possible; car il est des cas, et il en cite un, où la vésicule et le canal cystique n'existent plus. Il faut donc agir sur le cholédoque, c'est ce qu'il fit; mais il se produisit une hémorrhagie *cholédoquienne* (?) qui obstrua les voies d'excrétion, ce qui amena la mort rapide de l'opérée. Quant au diagnostic, certes, comme l'a dit M. Michaux, il faut essayer de le faire; mais il est plus qu'incertain. On peut dire qu'il y a obstruction du canal cholédoque, mais il est impossible d'en savoir la cause. Pour sa part, M. Quénu, avec les médecins, croyait chez une malade à un cas de lithiase, l'opération lui montra l'absence de calculs et, au contraire, la présence d'un petit foyer pulpeux, qui, examiné au microscope, fut reconnu être du carcimone.

M. Nélaton veut aussi citer une observation dans laquelle l'intervention lui fit évacuer 145 calculs. Il s'était préparé à la cholécystentérostomie et dut ne pratiquer que la cholécystotomie. Quelques jours après, la bile reprenait son cours normal ; mais, fait curieux, il y a de cela trois ans, et il subsiste encore une fistule muqueuse.

Cette discussion en reste là, et reprendra dans la prochaine séance. M. Th. Anger fait un rapport sur une opération pratiquée par M. Lejars, pour une *fistule recto-uréthrale* d'origine congénitale. Les urines colorées par les fèces ne laissaient pas de doute sur le diagnostic et l'abouchement dans le rectum se voyait parfaitement. M. Lejars dédoubla la cloison recto-uréthrale jusqu'à la fistule, sutura les deux orifices à part et crut tout d'abord à un succès ; mais, quelques jours après, les matières fécales réapparurent dans l'urine. Ce chirurgien opéra une deuxième fois et une troisième fois son malade, et obtint un plein succès.

Le rapporteur, à cette occasion, passe en revue les principaux cas de ce genre, et notamment celui cité par Ziembricki, au congrès de chirurgie.

La séance se termine par la présentation d'intéressants malades. C'est d'abord M. Richelot qui montre un petit sujet qu'il a opéré pour une *exstrophie de la vessie*, par la méthode de Segond. Il est aujourd'hui guéri et il ne reste plus qu'à lui fermer sa gouttière penienne. Le seul incident remarquable de l'intervention est la déchirure spontanée de la paroi vésicale, rabattue au niveau même de sa reflexion. M. Richelot en fut quitte pour suturer l'endroit qui s'était rompu.

M. Berger présente ensuite trois malades, l'un atteint de nœvus molluscoïde, le deuxième de polype naso-pharyngien et le troisième est un amputé

du genou par la méthode circulaire. Le résultat est parfait, à ce point que plusieurs membres de la Société, qui prennent la parole à cette occasion, sont d'avis de faire marcher le malade directement sur son moignon.

Eugène Rochard.

Les Champignons comestibles et vénéneux (1)

—

(*Suite.*)

Agaricinées. — La dernière famille des Hyménomycètes qui nous reste à examiner, celle qui contient à la fois le plus d'espèces comestibles et le plus d'espèces vénéneuses est celle des Agaricinées. Elle comprend les Champignons à chapeau portant des lames à leur face inférieure. On la divise en cinq groupes d'après la couleur des spores : 1° les Leucosporées, à spores blanches ; 2° les Rhodosporées, à spores roses ou saumonées ; 3° les Ochrosporées, à spores ochracées ; 4° les Pratellées, à spores brun pourpre 5° les Coprinariées à spores noires. Pour connaître la couleur des spores il suffit de poser le chapeau du Champignon sur une feuille de papier, les lames tournées vers le bas ; après quelques heures une couche de spores s'est répandue sur le papier et la couleur est alors très facile à distinguer. Nous allons passer en revue les principaux genres de cette famille, en commençant par les Leucosporées.

Amanita. — Ce genre comprend des Champignons de taille moyenne ou grande, dont plusieurs espèces sont éminemment comestibles, et d'autres, au contraire, sont des plus vénéneuses. Aussi faut-il être d'une prudence extrême dans le choix des échantillons. Les Amanites sont des Agaricinées caractérisées par la présence d'une valve, ou espèce d'enveloppe embryonnaire qui persiste à l'état adulte sous forme d'écailles sur le chapeau ou de bourrelets et d'étui sur la base du pied. Les feuillets qui portent les spores n'atteignent pas le sommet du pied, c'est cette disposition que l'on qualifie de feuillets libres. Nous allons examiner comparativement quelques espèces qui peuvent être confondues par les personnes peu habituées à la mycologie.

L'Amanita cæsarea ou Oronge vraie est un délicieux champignon à chapeau jaune orange, complètement dépourvu d'écailles, le pied et les feuillets sont jaune doré, et la volve forme un étui à la base du pied ; l'odeur est agréable. On peut confondre cette espèce avec la Fausse-Oronge, ou Amanite Tue-Mouches (*A. Muscaria*) qui est très vénéneuse. Le chapeau de cette dernière espèce est, en effet, quelquefois orangé ; mais plus souvent il est d'un beau rouge vif, et généralement moucheté de grosses écailles blanches qui sont les débris de la volve ; cependant, après les pluies abondantes, ces écailles peuvent manquer complètement ; il ne reste plus alors, comme caractères distincts, que la couleur du pied et des feuillets, qui sont blancs et non jaunes comme dans l'*A. cæsarea.*

Il y a néanmoins des variétés qui font le passage entre les deux espèces et c'est précisément là qu'il faut avoir le plus de défiance ; ainsi une variété de l'*A. Muscaria* (*A. aureola*) a la volve en étui, une autre (*A. formosa*) a le pied et les écailles du chapeau jaune, une troisième variété (*A. puella*) ne possède pas d'écailles sur le chapeau. L'on voit donc par là qu'il faut se baser sur tous les caractères à la fois, et non pas sur un seul d'entre eux pour arriver à la certitude dans la distinction des deux espèces d'Oronge.

L'*A. rubescens* ou Golmotte, est une espèce assez recherchée ; le chapeau est plus ou

(1) Voir l'*Union médicale* du 19 juillet.

moins brunâtre, mais toujours avec des tons roux, rouges ou briquetés. Assez souvent même cette teinte est localisée comme si l'on avait donné des coups de pinceau sur le chapeau. De nombreuses écailles grisâtres couvrent la surface de ce dernier. Les lames sont blanches puis rosées, le pied grisâtre, un peu rugueux et écailleux, prend également la même teinte rosée ; sa base montre un bourrelet plus ou moins écailleux mais non un étui. Quand on brise le pied ou le chapeau on voit que la chair est rosée, ou tout au moin selle prend cette couleur quelque temps après.

A côté du Genre *Amanita* se place le Genre *Lepiota*; il diffère par l'absence complète de volve ; il y a seulement un anneau sur le pied. Le chapeau est généralement couvert d'écailles, mais elles font partie de la substance même du chapeau et y adhèrent par la plus grande partie de leur face inférieure ; c'est ce qui differencie ces écailles de celles des Amanites, qui ne sont autre chose que des débris de la volve, et qui n'ont pas d'adhérence au chapeau ; en effet, elles s'en séparent facilement.

Il faut tout d'abord distinguer dans le Genre *Lepiota* une espèce qui est vénéneuse, le *L. cepœstipes*. C'est un petit champignon blanchâtre ou couleur jaune soufre, dont le chapeau strié porte de petites écailles ; le pied est blanc et renflé à la base, ce qui lui donne quelque ressemblance avec une tige d'oignon ou plutôt de poireau. Les feuillets sont blancs ou rosés, et la chair amère. Tout le champignon est tendre et délicat et présente l'aspect des Coprins (Champignons à spores noires) ; il pousse en touffes assez nombreuses dans les serres. O a cru devoir en faire un genre spécial, le G. *Leucocoprinus*. Cette espèce étant mise de côté, le G. *Lepiota* ne présente pas de champignons avérément vénéneux. Il ne faudrait pas cependant être tout à fait sans craintes, car plusieurs espèces ont été contestées.

Ainsi, le *L. procera*, appelé souvent Coimelle, Coullemelle, Grisotte, Grande Couleuvrée, est excellent à manger ; il est gris blanchâtre, avec de nombreuses écailles larges et plates, de couleur brune, répandues sur toute la surface du chapeau. Quelquefois le centre du chapeau porte une large plaque brune, et les écailles sont seulement vers le bord, c'est alors le *L. excoriata* qui est également comestible. Mais certains auteurs prétendent qu'il faut se défier du *L. rhacodes*, simple variété du *L. procera*, dont la chair rougit à l'air, et dont le pied est blanc et non tigré comme dans le type. Il faudrait aussi rejeter le *L. acute squomasa*, variété du *L. excoriata* dont toutes les écailles sont redressées et aiguës, au lieu d'être aplaties. La prudence voudrait donc que pour les champignons de ce genre l'on ne prît que les types nets de chaque espèce.

Les Armillaria sont voisins des Lépiotes ; comme ces dernières, ils ont un anneau, mais leurs feuillets, au lieu d'être libres, rejoignent le sommet du pied et s'y soudent souvent sur une grande étendue. Plusieurs espèces sont comestibles, mais la plupart sont coriaces ou de mauvais goût.

Vient ensuite le Genre *Tricholoma*, très abondant en formes diverses, les unes comestibles, les autres vénéneuses. Les Tricholomes sont des Champignons charnus, sans anneau, à pied cassant, dont les feuillets sont soudés à la partie supérieure du pied ; en général, ces feuillets présentent une échancrure à leur insertion sur le pied.

Une seule espèce est vraiment recherchée, c'est le Mousseron, ou *Tricholoma Georgii*. Le pied est blanc ainsi que le chapeau, mais ce dernier prend quelquefois une teinte ocracée ou grisâtre ; d'autres fois il se colore en rose ou en lilas pâle. Il faut surtout remarquer que le *T. Georgii* est une espèce qui croît au printemps ; on n'en rencontre plus guère après le mois de mai. Au contraire, le *T. album*, qui est vénéneux, et que l'on pourrait confondre avec le Mousseron, est une espèce automnale. Le chapeau est blanc, jaunâtre au milieu, et la chair est très amère. La différence des saisons où l'on rencontre ces deux espèces, fait qu'on les confond rarement ; cependant, vers l'été, dans

certaines années humides, il pourrait y avoir simultanéité des deux espèces ; le goût amer du *T. album* pourrait seul alors le faire reconnaître.

Le G. *Collybea* comprend les Agaricinées à spores blanches, qui ont un pied de consistance cartilagineuse, c'est-à-dire formé de fibres élastiques, et le chapeau enroulé par les bords dans le jeune âge. Les espèces à pied lisse, ou strié sans poils, et dont les feuillets ne sont ni gris, ni tachés de noir, ne sont pas considérées comme dangereuses ; elles sont peu recherchées sauf le *C. fusipes*, qui pousse en touffes au pied des arbres ; sa forme est irrégulière, son pied gros vers le milieu s'émaincit vers la base en fuseau ; il est muni de forts sillons et généralement très difforme ; la couleur générale de tout le champignon est le brun roux. Parmi les espèces à pied velu, on donne comme comestibles le *C. longipes* et le *C. velutipes*. Le premier vit à terre, et son pied brun est terminé par une longue racine ; le chapeau, qui peut atteindre 10 centimètres, est couvert de poils bruns ; la chair est blanche et a une odeur de noisette. Le second croît sur les troncs d'arbres ou le bois pourri ; son pied, brun ou même noir, est complètement velu, le chapeau est jaune vif et brun au centre ; la chair est douce, c'est ce qui le distingue du *C. ingrata* dont la chair est amère, le pied plat et tordu et le chapeau gris rosé, renflé en son centre en mamelon. Cette dernière espèce est vénéneuse. Les autres espèces du même groupe ne sont pas à rechercher.

Les *Clitocybe* forment un genre spécial, caractérisé par des lames soudées au pied et décurrentes, c'est-à-dire que ces lames descendent le long du pied ; la forme du chapeau est généralement en coupe. On fera bien de s'abstenir des espèces de ce genre qui ont le chapeau entièrement blanc ; elles sont tellement difficiles à distinguer que les bonnes pourraient être confondues trop facilement avec les mauvaises, Une espèce bien caractéristique par son odeur d'anis et son chapeau vert, le *C. viridis*, est parfaitement comestible.

Les Clytocybes à chapeau jaunâtre, roux clair, chair, grisâtre, ou rosé sont comestibles sauf un, le *C. inversa*. L'ensemble des caractères suivants le fera reconnaître : le chapeau, qui ne dépasse pas huit centimètres, est bleuâtre ou jaune orangé et ne possède aucune strie sur le bord ; il est en général très profondément creusé ; le pied n'atteint pas un centimètre d'épaisseur ; les lames, qui descendent très bas sur le pied, sont d'un blanc jaunâtre. On évite généralement les espèces à chapeau brun ou gris foncé.

Le Genre *Cantharellus* ressemble beaucoup au Genre *Clitocybe*, mais les feuillets sont épais, et leur bord au lieu d'être tranchant comme la lame d'un couteau, présente un méplat. Le *C. cibarius*, ou Girolle, est d'un beau jaune vif, se décolorant quelquefois et passant à la couleur crème ; le dessus du chapeau est plat, ou un peu en coupe. Il faudrait bien se garder de confondre la Girolle avec le *Cantharellus aurantiacus* ou Chanterelle orangée, qui est pour le moins suspect ; dans cette espèce les lames sont fines et très serrées, souvent même un peu ondulées, leur couleur est orangé vif, le pied est généralement mince, le chapeau est orangé, foncé au centre et velouté. Il suffit d'ailleurs d'avoir examiné avec soin une seule fois ces deux espèces pour ne plus les confondre.

Les Lactaires (*Lactarius*) ont des spores blanches et des lames généralement décurrentes et laissant échapper, lorsqu'on les brise, un liquide laiteux, blanc ou coloré. Beaucoup d'espèces sont vénéneuses ; mais on peut, à leur égard, donner quelques règles assez générales qui, sans laisser reconnaître l'espèce à laquelle on a affaire, permettent d'être fixé sur sa valeur au point de vue comestible.

Il faut se défier des espèces à chapeau blanc couvert de poils ; celles dont le chapeau est blanc et lisse et qui ont également un lait blanc, ne présentent guère de danger.

Les espèces à chapeau présentant des tons jaunes, rosés, roux ou lilas, peuvent se diviser en trois groupes :

1° Les uns ont un lait blanc, à goût très piquant ; tous sont vénéneux ou à rejeter ;

2° D'autres ont un lait blanc, sans goût ; tous sont comestibles ;

3° D'autres enfin, ont un lait coloré, quand on les brise, ou se colorant quelque temps après. Si le lait se colore en jaune ou en violet, l'espèce est mauvaise ; si, au contraire, le lait se colore dès le début en rouge orange, le champignon est comestible. Dans ce dernier cas, l'on a affaire soit au *L Deliciosus*, soit au *L. Sanguifluus*, et le chapeau présente alors des teintes verdâtres mêlées de rouge.

Quant aux espèces dont le chapeau est brun, olive, verdâtre ou gris, on ne saurait trop s'en défier.

Les Russules (*Russula*) forment un genre voisin de celui des Lactaires, et on a groupé les deux genres sous le nom d'Astérororoporées, parce que leurs spores sont verruqueuses et paraissent étoilées. Les Russules diffèrent des Lactaires par l'absence de lait. Leurs feuillets sont simplement soudés au pied, souvent bifurqués, et rarement décurrents.

Comme pour les Lactaires, on peut poser quelques règles générales.

Quand le chapeau est blanc, le champignon est comestible sauf dans deux cas : 1° quand la chair est à saveur poivrée (*Russula emetica*, variété *fragilis*) ; 2° quand la chair ou les lames se tachent de gris ou de noir au toucher (*Russula adusta*).

Les espèces à chapeau rose, rouge, orange, pourpre ou violacée ont la chaire poivrée ou douce. Dans le premier cas, il faut toujours les rejeter, car l'espèce est vénéneuse. Il faut remarquer que parfois l'âcreté de la chair tarde à se faire sentir ; il faut donc attendre quelques instants, avant de porter un jugement. Les espèces à chair douce sont comestibles (1).

Les Russules à chapeau jaunes sont presques toutes vénéneuses ; il est bon de ne faire usage d'aucune espèce de ce groupe. Il faudra aussi éviter les espèces à chapeau gris, brun, violacé noir ou pourpre noir. Bon nombre d'entre elles sont vénéneuses. Beaucoup d'espèces comestibles présentent cette couleur dans quelques-uns de leurs individus ou quelques-unes de leurs variétés. Bien qu'à la rigueur il soit possible de les manger sans inconvénients, il est prudent de s'en abstenir, à cause de la possibilité de les confondre avec des espèces dangereuses.

Enfin les Russules à chapeau plus ou moins vert sont comestibles, sauf deux espèces : le *Russula serotina*, vert bleuâtre foncé, qui croit sur les vieilles souches, et dont le pied est velu et la chaire poivrée ; et le *R. furcata*, à chair blanche également âcre et rougeâtre sous l'épiderme.

L.-G. de Lamarlière,
Docteur ès science.

(1) Le caractère tiré de l'âcreté du goût chez les Russules peut, dans certains cas, être mal apprécié. Je connais personnellement un mycoloque qui affirme n'avoir jamais trouvé de goût piquant au *Russula emetica*, alors que chacun peut ressentir la sensation désagréable produite par ce champignon sur la langue. Il y a là une aberration ou plutôt une oblitération du sens du goût, assez rare je pense, car le fait que je cite est unique à ma connaissance.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Chronique de l'Hygiène. — II. Revue de la presse allemande. — III. Académies et sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — IV. Thérapeutique appliquée. — V. Courrier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Etat sanitaire.— Colonies scolaires et excursions de vacances.— Sanatorium d'Angicourt. — Présence de l'oxyde de carbone dans les produits de la combustion du gaz d'éclairage. — Réglementation des précautions d'hygiène dans les ateliers.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a consacré la majeure partie de sa séance du 9 juillet à la question du typhus. Nous avons rendu compte dans notre dernière chronique de la communication faite sur ce sujet, au conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, par M. Proust, trois jours auparavant ; celle qui a eu lieu au Comité y a ajouté quelques détails complémentaires. Ainsi, la recrudescence qu'on signale aujourd'hui a commencé dans la Somme au mois d'avril. Deux indigents nomades ont été admis à l'hôpital de Péronne, comme étant atteints de fièvre typhoïde. Il s'agissait en réalité du typhus exanthématique qui s'est communiqué à plusieurs malades de la salle, à deux sœurs et à une infirmière laïque. Il y a eu dix cas dont deux suivis de mort. L'épidémie est restée localisée dans l'hôpital et s'y est éteinte.

Un cas de typhus d'origine inconnue est en traitement à l'hôpital de Compiègne depuis le 3 juillet. A Saint-Loubert (Gironde), le typhus, apporté par un vagabond, s'est communiqué à trois personnes dont deux ont déjà succombé. On signale également, à Saint-André-de-Cubzac, deux cas dont on n'a pu découvrir l'origine. Enfin, à Paris, du 1er janvier au 4 juillet, on a reçu, dans les hôpitaux, 47 cas de typhus, dont 22 ont été suivis de décès. Un journalier en est mort à Saint-Denis.

Le 25 juin dernier, le ministre de l'intérieur a fait parvenir aux préfets une circulaire contenant des instructions relatives à la prophylaxie du typhus.

Après avoir reçu connaissance de ces faits, le Comité consultatif d'hygiène publique a renouvelé, dans les termes suivants, un vœu déjà émis par lui en 1893 :

« Le Comité consultatif d'hygiène publique émet le vœu que l'administra-« tion prenne des mesures pour que les asiles de nuit établis par des « œuvres de bienfaisance privée utilisent les services municipaux de désin-« fection, conformément aux propositions adoptées, sur le rapport de « M. Dujardin-Beaumetz, par le Conseil d'hygiène du département de la « Seine ». Nous rappellerons que ce Conseil avait renouvelé le même vœu trois jours auparavant.

— On signale une recrudescence notable du choléra dans tous les gouvernements de Russie et notamment à Saint-Pétersbourg. Le préfet de police a prescrit, pour toute la durée de l'épidémie, la fermeture des cabarets, les dimanches et les jours de fêtes.

— On n'a reçu en France aucune nouvelle de la peste de Canton et d'Hong-Kong.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 22 juin 1894, a voté

un crédit de 151,585 francs pour subventions aux colonies scolaires de cette année et un crédit de 10,000 francs pour organiser des excursions, en faveur des élèves qui fréquentent les écoles communales, pendant les vacances. Ce sont là d'excellentes mesures d'hygiène et nous voyons avec grand plaisir s'élever chaque année le chiffre de ces subventions.

Il y a onze ans qu'on a eu, pour la première fois, la bonne pensée d'envoyer un certain nombre d'enfants débiles des écoles municipales respirer un peu d'air pur hors de l'enceinte de Paris, pendant les vacances.

Ce bon exemple nous était venu de Suisse. Les récits humoristiques de Töpfer nous ont depuis longtemps fait connaître les heureux effets de ces excursions sur la santé et le moral des élèves ; mais il s'agissait de voyages d'agrément entrepris aux frais des familles et par les soins des chefs d'institutions. L'initiative de ces déplacements pour les écoliers pauvres est due, d'après Uffelmann, au pasteur Bion, de Zurich. En 1876, à l'aide de fonds qu'il avait récoltés à cet effet, il envoya dans les régions les plus salubres du voisinage 64 enfants des deux sexes, accompagnés de leurs maîtres et de leurs maîtresses. Le résultat fut remarquable et l'année suivante 94 écoliers furent appelés à jouir de la même faveur.

Bientôt cet exemple fut suivi par les grandes villes d'Allemagne : Hambourg, Francfort, Stuttgart, Dresde, Berlin, Leipzig, Cologne instituèrent des colonies de vacances et le docteur Varrentrop, conseiller sanitaire à Francfort, nous a fait connaître, au Congrès de Genève, les résultats remarquables qu'on en avait obtenus.

En France, l'initiative a été donnée par la caisse des écoles du IXe arrondissement. En 1883, elle fit faire à l'époque des vacances un voyage scolaire à un certain nombre d'enfants de ses écoles. Elle choisit à dessein les plus débiles et tous revinrent très bien portants, avec une augmentation notable de taille et de poids, avec un teint vermeil et un peu hâlé, qui contrastait avec celui de leurs petits camarades demeurés à Paris.

Cet essai encourageant fit naître une émulation facile à comprendre et, les années suivantes, d'autres arrondissements imitèrent le IXe, à la grande satisfaction des familles et surtout des enfants privilégiés qu'on faisait voyager ainsi. On s'aperçut toutefois, au bout de quelque temps, que ces voyages rapides fatiguaient un peu les enfants ; que cette locomotion incessante rendait très difficile les soins qu'exigeaient les plus petits d'entre eux et que ces pérégrinations amenaient un véritable surmenage intellectuel par la succession trop répétée d'impressions vives et émouvantes.

On substitua alors aux *voyages scolaires*, les *colonies de vacances* qui n'ont aucun de ces inconvénients. C'est la villégiature avec le repos, l'exercice au grand air, c'est la vie des champs en un mot. La première application de ce nouveau système fut faite en 1887 par le Ier, le XIIe et le XIIIe arrondissements. Le Ier envoya ses petites filles à Compiègne et ses garçons à Gérardmer; le XIIIe dirigea sur cette dernière localité ses enfants des deux sexes; le XIIe expédia les siens à Berck-sur-Mer, dans une propriété appartenant à Mme de Rothschild. Tous revinrent brillants de santé et les docteurs Dubrisay et Manginot constatèrent une augmentation de taille et de poids bien supérieure à la normale (1).

(1) Docteur Dubrisay. Rapport sur les colonies de vacances du Ier arrondissement. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. IX, p. 1007.)

Le XVIe arrondissement a envoyé pendant trois ans ses enfants des deux sexes à Evaux-les-Bains, dans le département de la Creuse. C'est une petite ville de 3,000 habitants, située au milieu de campagnes pittoresques où les enfants étaient confortablement logés dans un grand hôtel et dans d'excellentes conditions. Le propriétaire de l'établissement des bains avait mis à leur disposition sa piscine, pour leur permettre de se baigner et d'apprendre à nager. Au retour, on a constaté une augmentation de poids de taille et de périmètre thoracique supérieure à la moyenne.

Pendant le cours des premières années, les fonds nécessaires à ces excursions hygiéniques furent fournies par les caisses des écoles, dans les arrondissements assez riches pour en faire les frais ; mais, lorsque les bons effets de cette mesure eurent été suffisamment constatés, le Conseil municipal prit le parti de la généraliser, en allouant aux différents arrondissements une subvention proportionnelle à leurs ressources et au chiffre de leur population scolaire. Cette allocation, comme je l'ai dit en commençant, va augmentant chaque année, elle était en 1892 de 97,769 francs et la dépense totale de 165,736 francs pour 2,000 colons ; en 1893, la subvention votée par le Conseil municipal a été de 127,977 fr. 10, la dépense totale de 196,417 fr. 10, le nombre des colons de 2,473. Pour 1894, l'allocation s'élèvera à 151,585 francs, la dépense totale à 236,459 fr. 10 et le nombre prévu des colons à 3,500.

Les chiffres qui précèdent permettent d'apprécier la rapidité avec laquelle s'élève, chaque année, le chiffre des enfants momentanément soustraits aux mauvaises influences hygiéniques de leur milieu, à l'époque de l'année où le séjour des grandes villes est le plus nuisible, où la chaleur est le plus difficile à supporter. Le sacrifice que s'impose la ville n'est pas démesuré, si l'on songe au service rendu. Pour cette année, la dépense moyenne est de 67 fr. 56 par colon, pour une absence de 21 jours, ce qui fait 3 fr. 22 par jour et par tête. Il est à désirer que le nombre s'en accroisse chaque année et que la ville augmente progressivement la subvention qu'elle consacre à une œuvre aussi recommandable.

Indépendamment de cette allocation, le conseil municipal a consacré une somme de 10,000 francs à l'organisation d'excursions scolaires pour les élèves des écoles communales qui fréquenteront cette année les classes de vacances, et il l'a répartie entre les vingt arrondissements, proportionnellement au nombre des enfants qui ont fréquenté les classes en 1893. Il y a de grandes différences dans le chiffre alloué à chacun d'eux. Ainsi, le Ier arrondissement ne recevra que 75 francs tandis que le XXe en aura 1315. Le même écart s'observe pour les colonies de vacances ; ainsi le XIe arrondissement reçoit 23,000 francs tandis que le IIe n'en a que 2,100.

Notons, en terminant, une dernière libéralité du conseil municipal, ou plutôt un nouveau sacrifice fait en faveur de l'hygiène. Avant d'entrer en vacances, il a entendu le rapport de M. Paul Strauss sur l'hôpital de phtisiques, que la ville a le projet d'établir dans le département de l'Oise, sur le domaine d'Angicourt. Elle en a adopté les conclusions et voté pour cette création un crédit de 790,833 fr. 80 qui sera pris sur les fonds du pari mutuel. Nous avons déjà exprimé notre manière de voir sur cet établissement dispendieux et ne répondant pas, d'après nous, au but qu'il faudrait

atteindre (1), mais ce n'est pas l'administration municipale qu'il faut rendre responsable du mauvais emploi de cette somme considérable,

— L'éclairage électrique tend à remplacer partout la combustion du gaz, La question de leurs avantages réciproques a longtemps été litigieuse; mais elle est aujourd'hui tranchée.

L'électricité est l'éclairage de l'avenir. Nous reviendrons une autre fois sur sa supériorité au point de vue de l'hygiène ; mais, en attendant, nous devons citer, à titre d'actualité la communication faite le 9 juillet, à l'Académie des sciences, par M. Gréhant.

On sait que la combustion du gaz d'éclairage répand, dans l'atmosphère, de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau ; mais on n'était pas fixé sur la question de savoir s'il ne s'y mêlait pas de l'oxyde de carbone. M. Gréhant a fait sur ce sujet des recherches expérimentales en recueillant les produits de cette combustion dans un gazomètre de 150 litres fonctionnant comme aspirateur.

Pour déceler l'oxyde de carbone, il a eu recours à deux procédés : l'un chimique, qui repose sur l'emploi du cuivre chauffé au rouge, l'autre à la fois physiologique et chimique dont il est l'inventeur. Ce dernier consiste à faire respirer les produits de la combustion du gaz à un animal et à doser, dans le sang, à l'aide du grisoumètre, la quantité qui a pu être absorbée.

Les résultats de ces expériences ont été les suivants : Les produits de la combustion d'un bec d'Argant n'ont pas fourni de traces d'oxyde de carbone, tandis que le bec Auër, si remarquable par l'éclat éblouissant et la pureté de la lumière qu'il projette, a donné, par l'oxyde de cuivre, un précipité abondant de carbonate de baryte correspondant à 1/2500e de gaz combustible.

L'analyse des gaz du sang a démontré que l'air entraîné et les produits de la combustion réunis, renfermaient 1/4300e d'oxyde de carbone et l'auteur conclut de ce double résultat, qu'il serait indispensable d'évacuer au dehors les produits de la combustion du gaz d'éclairage et plus particulièrement ceux qui proviennent du bec Auër. Ces expériences ne font que légitimer le conseil qu'ont toujours donné les hygiénistes en recommandant la ventilation des becs de gaz.

— On s'occupe activement aujourd'hui de la santé des ouvriers employés dans les manufactures. Des instructions spéciales ont été données à cet effet aux inspecteurs des établissements insalubres et le conseil d'Etat vient d'approuver un règlement qui rend obligatoires les précautions recommandées par les hygiénistes, mais négligées faute de sanction, par la plupart des directeurs d'usines.

1° A l'avenir, les ouvriers ne devront plus prendre leurs repas dans les ateliers. Les patrons mettront à leur disposition les moyens de se laver à l'aise et leur feront délivrer de l'eau potable de bonne qualité.

2° Dans les ateliers composés de plusieurs étages, un escalier extérieur incombustible pourra être imposé par décision.

3° Les ouvriers et ouvrières qui ont à se tenir près des machines devront toujours porter des vêtements ajustés et non flottants.

4° La mise en train et l'arrêt des machines seront toujours précédés d'un

(1) *Union médicale*, 2e semestre 1893, n° 70, p. 842.

signal convenu. Toutes les parties dangereuses et pièces saillantes mobiles seront munies d'organes protecteurs.

5° Les sorties des ateliers seront munies de portes s'ouvrant du dedans au dehors, et ne devront jamais être encombrées de marchandises.

Jules ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

La colique pancréatique et l'atrophie calculeuse du pancréas (1)

II

Dans le même numéro du *Berlin. Klin. Wochenschrift*, nous trouvons une observation intéressante du professeur Lichtheim (de Kœnigsberg), qui concerne un cas de diabète maigre dû à une atrophie calculeuse du pancréas ; le diagnostic complet fut fait pendant la vie et confirmé quelque temps après par l'autopsie. Voici, d'ailleurs, l'observation, telle que la donne Lichtheim (5) :

Coliques abdominales internes parues pour la première fois il y a quatorze ans, accompagnées de fièvre et de vomissements, ayant persisté pendant six ans. Depuis un an diarrhée opiniâtre, amaigrissement, augmentation de la faim et de la soif. Faiblesse croissante.

A l'entrée du malade à l'hôpital, diabète et polyurie modérée. La glycosurie n'est pas trop difficile à combattre, mais la diarrhée opiniâtre épuise le malade ; tuberculose pulmonaire à marche rapide. Mort d'épuisement.

Autopsie : tuberculose des deux poumons, cirrhose du pancréas avec atrophie très marquée, mais non complète, du parenchyme glandulaire. Dilatation du canal de Wirsung et de ses branches ; ce canal contient des concrétions semblables à du mortier. Catarrhe intestinal.

Wilhelm Rubel, âgé de 36 ans, cocher, entre le 20 novembre à la clinique de Kœnigsberg. Il est marié, père de trois enfants bien portants ; père mort de cause inconnue, mère vivante et bien portante.

Lui-même a toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1876. A ce moment, peu de temps après avoir quitté le service militaire, il éprouva de violentes crampes abdominales. Les douleurs très intenses s'accompagnaient de vomissements qui, d'après le malade, auraient été muqueux, verdâtres. Il y avait de la constipation ; les garde-robes étaient solides, de couleur noire, au dire du malade. Le malade eut de la fièvre, des sueurs abondantes et garda le lit six semaines en tout. Les années suivantes, ces crampes se renouvelèrent, quoique moins intenses ; dans l'intervalle des crises, le malade avait parfois plusieurs semaines de repos. Il y avait toujours de la constipation. En 1888 il y eut de nouveau une attaque très intense, qui obligea le malade à garder le lit pendant onze semaines. Depuis lors l'état s'améliora, les crampes disparurent presque complètement et le malade put travailler. Mais la constipation persista avec des selles dures.

Il y a un an, parut subitement, et sans cause une diarrhée intense, à selles nombreuses liquides, au début jaunâtres, puis, petit à petit, presque incolores. Pas de fièvre ni de douleurs. En même temps, la faim et la soif augmentaient et le malade maigrissait rapidement. Pas de ténesme. Malgré tous les traitements qu'on employa pour la combattre, la diarrhée persista pendant toute l'année et c'est elle qui amena le malade à l'hôpital. Dans les derniers temps, il souffrait surtout d'une faiblesse croissante dans les

(1) Voir *Union médicale* du 9 juin 1894.

(2) A rapprocher de cette observation celle que Steiner a publiée dans le n° 1 du *Berlin. Klin. Woch.* de cete année.

jambes. La sensation de fatigue dans celle-ci devient si intense, même après un exercice modéré, qu'il peut à peine traîner ses jambes. De temps en temps, surtout la nuit, il éprouve des crampes dans les mollets et un fourmillement dans les orteils.

Il avoue l'alcoolisme et la syphilis.

Etat actuel. — Homme de charpente vigoureuse, mais très amaigri, température normale, pouls lent.

Les deux sommets pulmonaires sont un peu mats, surtout le droit, expiration rude; râles humides de volume moyen au sommet droit, à gauche on trouve également des râles; le reste des poumons est normal à l'examen. Cœur normal.

L'ensemble de l'abdomen n'est pas ballonné, mais ses parois amaigries laissent voir les mouvements péristalliques de l'intestin un peu distendu. Le foie et la rate sont normaux. Léger œdème périmalléolaire.

Quelques plaques de pytiriasis versicolor au niveau du sternum. Déjections muco-purulentes, dans lesquelles on trouva plus tard des bacilles de la tuberculose en petite quantité.

Urines d'aspect normal. Quantité environ 2 litres; poids spécifique 1043; très riches en sucre. La réaction au perchlorure de fer n'existe pas; pas d'acétone. Le malade ayant une alimentation mixte, la quantité totale du sucre oscille entre 170 et 122 grammes pendant les jours suivants.

Le 27 novembre on met le malade à un régime stricte; on lui donnait 400 grammes de viande et 3 litres de liquide par jour. Les jours suivants on y ajoute 2 œufs. La quantité de sucre éliminée diminua assez lentement. Le poids du malade diminuant rapidement on porta la quantité de viande à 500 grammes et on laissa les œufs de côté. Le 14 décembre pour la première fois, il n'y avait plus de sucre dans l'urine et il n'y en eut plus jusqu'à la mort du malade. La réaction du perchlorure de fer ne se montra pas pendant cette diminution du sucre. En revanche, l'état général du malade ne s'améliora pas, l'amaigrissement augmenta, masqué en partie par l'œdème croissant. La diarrhée résista à tous les moyens employés pour la combattre.

Le 16 décembre le malade fit l'objet d'une leçon clinique en même temps qu'un diabétique ordinaire. Lichtheim insista sur les particularités de ce cas et attribua le dépérissement rapide du malade à sa diarrhée abondante et incoercible. Son attention fut surtout arrêtée par les crises douloureuses dont avait souffert antérieurement le malade, crises qui étaient parfois accompagnées de fièvre et avaient nécessité son séjour au lit pendant des semaines et des mois. Il était clair que ces accès présentaient les caractères des coliques calculeuses, mais des coliques hépatiques n'étaient guère acceptables, car on ne pouvait admettre que les signes de la rétention biliaire eussent fait défaut au cours d'attaques si nombreuses et si prolongées. L'existence de lithiase rénale n'était guère probable non plus. Le siège des douleurs à l'épigastre, l'absence de modifications de l'urine plaidaient contre.

Tenant compte du diabète survenu plus tard, il diagnostiqua un diabète causé par la lithiase pancréatique et considéra les douleurs antérieures du malade comme des accès de colique pancréatique, s'appuyant sur les expériences bien connues de Mering et Minkowski et sur les nombreux cas où on avait trouvé la lithiase pancréatique à l'autopsie de diabétiques. La diarrhée fut également attribuée aux lésions du pancréas et aux troubles digestifs amenés par elles. Les selles, bien que riches en cristaux d'acides gras, ne présentaient toutefois pas les caractères de la stéarhée et on ne pouvait pas attribuer une grande importance à leur richesse en fibres musculaires striées, la nourriture du malade étant exclusivement composée de viande. Il faut noter qu'on avait

cherché vainement à plusieurs reprises le bacille de Koch, ce qui fit exclure par Leichtheim une diarrhée tuberculeuse.

Les jours suivants, on chercha à obtenir un confirmation de ce diagnostic, et tout d'abord on augmenta les graisses dans l'alimentation ; mais il ne se produisit pas de stéarhée.

Le 18 décembre, on donna au malade une dose de salol, à la suite de laquelle la réaction habituelle de l'acide salicylique se montra dans l'urine. Le travail de Hirschfeld n'ayant pas encore paru à cette époque on ne pouvait pas chercher les caractères urologiques qu'il indique et leur appréciation rétrospective manque certainement de rigueur. D'après les notes sur l'alimentation du malade conservées dans son observation quelques dosages qu'on avait effectués, la différence entre l'état normal et celui que présentait l'urine du malade n'était guère marquée.

Les symptômes allèrent rapidement s'aggravant jusqu'à la mort du malade qui eut lieu le 5 janvier 1891. Notons en passant que la tuberculose pulmonaire fut traitée par la tuberculine de Koch, mais qu'on dut bientôt y renoncer, car elle provoquait une fièvre continue malgré les faibles doses employées. A noter encore que quelques jours avant la mort les selles présentèrent un aspect laiteux, qui n'était toutefois pas dû à la graisse en émulsion, mais à une desquamation épithéliale abondante.

Le lendemain de la mort du malade, l'autopsie fut faite par le professeur Neumann, et montra une tuberculose pulmonaire avec deux cavernes, du volume d'une noix, au sommet droit. Cirrhos ancréatique, avec concrétions dans le canal de Wirsung dilaté. Catarrhée de toute l'étendue de la muqueuse intestinale.

Du procès-verbal de l'autopsie, Lichtheim donne les indications suivantes sur l'état du pancréas :

Le canal de Wirsung est fortement dilaté, rempli d'un liquide grisâtre contenant trois concrétions d'un certain volume et beaucoup de plus petites; les canaux collatéraux sont également très dilatés ; cette dilatation s'étendait jusque dans la queue du pancréas ; la circonférence du canal mesure ici 1 cm. 5. Le parenchyme glandulaire présente une couleur rouge brûnâtre ; il est principalement composé de tissu conjonctif dur, comme fibreux, où on trouve néanmoins encore nettement des lobules glandulaires. La totalité du pancréas est fortement atrophiée, surtout à la partie moyenne ; au niveau de la queue de l'organe l'atrophie est moins notable. L'épaisseur de glande qui entoure le conduit mesure à peine 1/4 cm. en général, 1/2 cm. au niveau de la queue. La longueur de l'organe est de 10 cm.

L'examen histologique montra une incrustation calcaire des plus petits canaux extérieurs ; le tissu conjonctif scléreux, très développé, on trouva partout des lobules glandulaires diminués de volume, mais à part cela normaux ; les noyaux de leurs cellules se coloraient comme normalement ; les dimensions de ces cellules étaient un peu au-dessous de la normale,

Lichtheim, à la suite de cette observation, fait remarquer que c'est une des premières fois que l'on a porté sur le vivant le diagnostic de lithiase pancréatique. L'observation de Capparelli (1) où il se forma à la région épigastrique un abcès qui s'ouvrit et donna issue à de nombreux calculs composés de substances organiques (leucine, tyrosine, etc.) et où on s'aperçut, quelques mois après, de l'existence du diabète, ne semble pas concluante à Lichtheim. Le diabète est survenu trop peu de temps après les coliques dans ce cas, pour qu'on puisse, d'après cet auteur, admettre une atrophie de la glande comme intermédiaire.

(1) Pancréas et diabète. *Lettera al Prof. Cantané*, *Morgagnii*, Luglio 1893.

Les douleurs ont présenté les mêmes caractères que dans le cas de Heiner et de Capparelli, et ce sont précisément ceux que Lancereaux signale comme fréquents dans le diabète pancréatique.

Friedreich, dans son article sur les maladies du pancréas dans le manuel Zremssen, dit que le diagnostic d'avec la colique hépatique est difficile car les calculs pancréatiques comprimeraient enmême temps le cholédoque. Les observations que nous venons de citer, montrent que cela n'est au moins pas vrai dans tous les cas et que parfois le diagnostic de la lithiase et de l'atrophie consécutive de la glande, ne présente pas de difficultés.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juillet. — Présidence de M. Ferrand

Le pneumocoque salivaire pendant l'érysipèle

M. Netter, à propos de la dernière communication de M. Roger sur l'infection pneumococcique au cours de l'érysipèle, rapporte les résultats que lui avaient donnés autrefois l'examen bactériologique de la salive des sujets au cours ou en convalescence d'érysipèle. Ces résultats confirment ceux de M. Roger, puisque, après l'érysipèle, M. Netter trouva le pneumoccoque plus souvent virulent qu'après la pneumonie.

En 1887 et 1888, M. Netter inocula 12 fois, à des souris, la salive de malades atteints d'érysipèle ou en convalescence de cette maladie ; il produisit *six fois* l'infection à pneumocoque ; *trois fois* l'infection à streptocoque ; le bacille de Friedlander, le staphylocoque et enfin un coccus indéterminé furent trouvés chacun une fois dans le sang des souris.

Donc le pneumocoque est plus souvent virulent après l'érysipèle que le streptocoque, encore celui-ci n'était-il virulent que chez des sujets en plein érysipèle ou chez lesquels la défervescence ne s'était faite que depuis peu.

Mal perforant buccal

M. Letulle présente un malade ataxique et syphilitique qui est atteint d'une perforation de la voûte palatine, anesthésie de cette région et chute des dents ; il n'en a plus que deux à la mâchoire supérieure. La perforation qui s'est produite lentement, puisque le malade ne s'en est aperçu que par le reflux des liquides, fait commmuniquer la cavité buccale avec le méat moyen. Le malade a eu plusieurs maux perforants plantaires.

M. Fournier, qui a vu ce malade, pense qu'il s'agit d'un mal perforant buccal.

Végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal

M. Lermoyez : L'affection décrite par Meyer (de Copenhague), sous le nom de végétations adénoïdes et dont cet auteur fut le premier à montrer la fréquence et le rôle qu'elles jouent dans la pathologie infantile, est généralement considérée comme une entité anatomo-clinique irréductible et dont il est classique d'admettre l'unité. Cependant il existe parfois, cliniquement, des dérogations au schéma de Meyer. Ainsi : 1° certaines végétations adénoïdes récidivent malgré une extirpation radicale ; d'autres fois, au contraire, il n'y a pas de repullulation malgré une ablation incomplète ; 2° des végétations très petites donnent lieu à des troubles extrêmement accentués, alors que parfois des végétations assez grosses sont parfaitement tolérées ; 3° le bénéfice que donne l'ablation des végétations n'est pas égal dans tous les cas ; chez certains malades l'opération donne de très mauvais résultats.

Au point de vue anatomique, M. Michel Dansac faisait récemment une division des

végétations en trois variétés : scrofuleuse, lymphadénique et syphilitique. M. Lermoyez croit pouvoir individualiser à son tour une forme rare et non connue de végétations adénoïdes, la forme tuberculeuse. Il a été amené à diriger ses recherches dans ce sens. Après avoir observé l'année dernière deux enfants qui, à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes, avaient présenté un dépérissement rapide. Dans un cas plus récent, l'ablation fut le point de départ d'une tuberculose pulmonaire à marche subaiguë ; ou bien l'opération avait réveillé une tuberculose pulmonaire latente, ou bien encore il existait dans les végétations enlevées des foyers tuberculeux et l'opération avait été le point de départ d'une auto-infection.

Cette seconde hypothèse fut justifiée par un fait plus probant. Chez un enfant auquel M. Lermoyez avait enlevé à deux reprises des végétations adénoïdes, la cachexie se produisit rapidement. L'examen histologique des végétations enlevées, fait par M. Michel Dansac, démontra que ces végétations étaient constituées par un tissu tuberculeux jeune, en pleine organisation, sans trace de dégénérescence. Il s'agissait d'une tuberculose végétante de l'amygdale pharyngée.

Sous l'influence d'un traitement général, ayant pour base la médication saline, l'enfant s'améliora.

Il y aurait avantage, dans des cas analogues, de pratiquer l'ablation avec un serre-nœud ou à l'aide des curettes galvano-caustiques ; on diminuerait ainsi le risque d'une auto-infection opératoire. De plus, le traitement général ne doit pas être négligé ; il faudra prescrire une médication chlorurée sodique intensive, qui donne de si bons résultats dans le traitement des tuberculoses chirurgicales de l'enfance.

Un cas d'amyotrophie Charcot-Marie avec autopsie

M. Marinesco. — C'est à Charcot et Marie que revient l'honneur d'avoir distrait des amyotrophies progressives une forme particulière, souvent familiale, débutant par les pieds et les jambes et atteignant plus tard les mains. Leur travail a été suivi d'une foule de publications parmi lesquelles il y a à noter celles de Tooth, Hoffmann, Brossard, Vizioli, Sachs, Ganghofner, Bernhardt, Hassel, etc. Mais si cette affection, au point de vue nosographique, constitue une espèce naturelle, admise par les neuropathologistes, la pathogénie en est obscure et l'anatomie pathologique n'en est pas encore bien connue. Charcot et Marie penchaient pour l'existence d'une myélopathie. Hoffmann, en se basant sur les autopsies antérieures de Virchow, Friedreich, Dubreuilh, en a démontré la nature nerveuse et lui a donné le nom « d'atrophie musculaire progressive neurotique ou neurale. »

Nous avons eu l'occasion de pratiquer, grâce à l'obligeance de notre excellent maître, M. Marie, l'examen du système nerveux central des muscles et des nerfs d'une des malades (le cas le plus complet à ce point de vue) qui avaient servi à Charcot et Marie pour construire leur type. Nous avons trouvé dans la moelle une lésion systématisée des cordons postérieurs dans le tabes. Nous avons trouvé aussi une lésion atrophique de la corne antérieure tres bien caractérisée et en rapport avec la distribution de l'amyotrophie. Les nerfs périphériques qui se distribuent aux territoires des muscles atrophiés sont fortement dégénérés surtout dans leur partie terminale.

Les nerfs intra-musculaires et les nerfs cutanés sont également très affectés. Le tissu interfasciculaire et périfasciculaire des troncs et des branches nerveuses est hypertrophié.

C'est pour cette raison que nous définissons au point de vue des lésions l'amyotrophie Charcot-Marie une sclérose postérieure systématisée amyotrophique avec dégénérescence et névrite interstitielle des nerfs périphériques. C'est une affection des neurones

moteurs et sensitifs en même temps; mais, bien entendu, cette définition anatomique ne se rapporte qu'au cas complet comme celui qui fait le sujet de notre étude où à l'amyotrophie sont associés les troubles de la sensibilité.

M. Marie présente des préparations microscopiques de moelles provenant soit d'enfants morts de diphtérie, soit de cobayes chez lesquels il avait pratiqué la section du sciatique ou l'amputation d'une cuisse.

On constate dans ces préparations que les lésions des fibres radiculaires postérieures sont beaucoup plus accentuées à leur entrée dans la moelle que dans la racine elle-même. Cette *incongruence* des lésions, comme on l'a appelée, a été considérée comme un argument irréfutable contre l'origine exogène de certaines maladies, comme le tabès où on l'observe nettement.

Les idées nouvelles sur la constitution du cylindre axe, peuvent expliquer cette incongruence des lésions sans prouver leur origine endogène.

M. Hayem lit une longue communication sur l'anatomie pathologique de la gastrite muqueuse.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de l'accès de migraine

L'antipyrine est actuellement le médicament classique de l'accès de migraine et il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion de l'administrer. Il faut attendre au moins deux heures après le dernier repas avant de donner le médicament et la dose la plus habituellement usitée oscille entre 1 à 2 grammes (en cachets de 50 centigrammes). Un certain nombre de médecins préfèrent administrer l'antipyrine en solution en l'associant au bicarbonate de soude. En tout cas, l'analgésique devra être donné le plus tôt possible après le commencement de l'accès.

Le professeur G. Sée emploie volontiers le salicylate de soude, 2 grammes le matin, 2 à onze heures, 2 à six heures, tandis que d'autres s'adressent à la phénacétine (50 centigrammes à 2 grammes), à l'acétonilide (25 centigrammes à 1 gramme). Parfois l'exalgine réussit lorsque l'antipyrine a échoué.

Voici une formule qui, d'après le docteur Smith, est très efficace :

Phénacétine..........	3 gr. »
Nitro-salicylate de caféine...	0 15
Chlorhydrate de quinine.....	2 »
Chlorhydrate de morphine...	0 05
Soutrasine...........	0 05

En dix paquets, un au début de l'accès. On peut remplacer la quinine par 2 grammes de buthylchloral.

On peut encore employer l'association suivante :

Phénacétine...........	2 gr.
Citrate de caféine........	āā 1 gr.
Sucre pulvérisé..........	

En dix paquets, un ou deux au début de l'accès. Puis un toutes les demi-heures jusqu'à disparition de la douleur.

Dans la migraine avec symptômes gastriques (nausées, pyrosis, etc.), les malades sont parfois soulagés lorsqu'au début de l'accès ils prennent une demi-cuillerée à une cuillerée à thé de sel marin qu'ils avalent avec une gorgée d'eau.

Les applications locales d'éther, de chloroforme, l'électricité, sont d'utiles adjuvants.

On n'oubliera pas que la migraine dépend souvent d'une diathèse et qu'il est alors nécessaire de traiter celle-ci afin de débarrasser le malade de ses accès.

COURRIER

Congrès français de médecine interne. — Première session. — Lyon 1894. — La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales possèdent maintenant en France des Congrès périodiques, seule la médecine interne en est encore dépourvue.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune à l'occasion de l'Exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les autres Facultés et de quelques écoles de médecine, ils ont nommé un Comité d'organisation chargé de convoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'Enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.

Le Comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs et de trancher notoirement toutes les questions que soulèvent sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures. La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de langue française, et, de plus, aux médecins de toutes les nationalités désireux de faire une communication en français.

Un nouvel avis fera connaître les détails de l'organisation du Congrès ; la cotisation en est fixée à 20 francs. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues dès à présent par tous les membres du Comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général.

Pour le comité d'organisation : Le président : Gailleton, maire de Lyon, professeur à la Faculté de médecine ; les vice-présidents : Mayet et Soulier, professeurs à la Faculté de médecine ; le secrétaire général : Bard, agrégé, médecin des hôpitaux, rue de la République, 30 ; le trésorier: Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux, rue Saint-Dominique, 14 ; les secrétaires : Devic, agrégé, médecin des hôpitaux ; Pic, médecin des hôpitaux ; Collet, interne des hôpitaux.

Légion d'honneur. — M. le docteur Cheurlot, médecin-major de première classe de l'armée territoriale, et M. le docteur Noguès, professeur honoraire des Facultés de Toulouse, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

M. Carassus, à Milly (Seine-et-Oise), et M. Licourt, à Châtillon-sur-Marne, pour gratuits qu'ils ont donné aux militaires de la gendarmerie les soins de ces localités et à leurs familles.

Italie. — Le gouvernement italien vient d'adopter pour l'armée un nouveau type de sachet individuel de pansement, dit du modèle 1894.

Sa composition est la suivante : 1° deux compresses de mousseline hydrophile ; 2° une bande hydrophile bichlorurée de trois mètres de longueur ; 3° deux épingles nickelées enveloppées dans du parchemin ; 4° une enveloppe extérieure en toile imperméable portant une étiquette indiquant le mode d'emploi.

Le prix de revient du sachet individuel est de 30 centimes.

— Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'arrêter un nouveau tarif de frais de séjour dans les hôpitaux de Paris pour les malades non nécessiteux.

Actuellement, les malades adultes payent le même prix, soit 3 fr. 50 par jour, dans

les services de médecine et de chirurgie, et les enfants remboursent 2 fr. 80 par jour; les accouchements payants, dans les hôpitaux et chez les sages-femmes, sont tarifés à raison de 3 fr. 30.

Le nouveau tarif comportera dorénavant un prix différent pour la médecine et la chirurgie ; il est ainsi fixé :

Pour les adultes : 3 fr. 30 en médecine et 5 fr. en chirurgie. Pour les enfants : 2 fr. 80 en médecine et 3 fr. 50 en chirurgie. Pour le séjour à Berck : 2 fr. 10. Pour les accouchements : 5 fr. par jour.

— Sur le rapport de M. Dubois, au nom de la 5e commission, le Conseil municipal a voté la construction à l'hôpital de la Pitié d'un nouvel amphithéâtre et de nouveaux baraquements pour les malades. La dépense est estimée à 57,000 francs.

— On dit que le célèbre professeur Helmholtz aurait eu une attaque d'apoplexie et serait paralysé du côté gauche.

Monument Marion Sims a New-York. — On vient d'ériger, à New-York, Byrant Parke, la statue du célèbre gynécologiste américain, le docteur J. Marion Syms. Ce monument est dû à un sculpteur français, M. Dubois.

— Les exercices spéciaux du service de santé du gouvernement de Paris, auront lieu cette année dans les environs de Versailles.

Ils seront exécutés sous la haute direction du général Thion, commandant la 9e brigade d'artillerie.

La direction technique en a été confiée à M. le médecin principal de 1re classe Lœderich, directeur du service de santé du 3e corps d'armée. M. le médecin principal de 2e classe Delorme, professeur au Val-de-Grâce, remplira les fonctions de médecin divisionnaire.

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés chefs de clinique médicale :

Hôtel-Dieu : MM. Marquezy, chef; Auscher, adjoint.

Charité : MM. Teissier, chef; Martin-Dur, adjoint.

Saint-Antoine : MM. Parmentier, chef; Lesage, adjoint.

Enfants-Malades : MM. Boulloche, chef; Renault, adjoint.

— Le Conseil municipal a voté la construction d'un hôpital-école pour les teigneux à Saint-Louis.

Actuellement, l'Assistance publique reçoit les teigneux à Trousseau et aux Enfants-Malades où l'on traite environ 500 teigneux; 150 autres sont soignés à Saint-Louis.

Ces 450 enfants ne vont plus à l'école, car on refuse de les y recevoir. Dès 1887, le Conseil avait émis le vœu de la construction d'un hôpital-école à Creteil ; mais ce projet dut être abandonné devant l'hostilité de la municipalité de Créteil.

Le nouveau projet permettra de centraliser à Saint-Louis tous les teigneux et de les soigner sans interrompre leurs études.

L'hôpital-école Laillier se composera de deux quartiers avec écoles, rue Bichat et rue Grange-aux-Belles. Dans le premier, on réunira les enfants atteints de teigne tondante. Le deuxième quartier, comprendra trois sections séparées : une pour la pelade, une pour le favus, et enfin une infirmerie générale.

Le prix total de ces nouvelles constructions s'élèvera à 1,500,000 francs.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Hestrès : Un cas de luxation complète du tendon du long péronier latéral. — II. Revue de la presse de langue anglaise. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine ; Société de biologie. — IV. Courrier.

Un cas de luxation complète du tendon du long péronier latéral

Par M. le docteur Hestrès

Le 15 janvier 1894, M. X..., demeurant rue du Colisée, âgé de 60 ans, se penchant de côté pour ouvrir son armoire, le genou gauche reposant sur un fauteuil, tandis que le pied droit appuyait sur le parquet, ressentit tout à coup une violente douleur à la malléole externe droite. Il compare cette douleur soudaine et vive à un violent coup de marteau appliqué sur la cheville et crut que c'était un corps pesant qui était tombé sur son pied. M. X... s'était immédiatement assis dans un fauteuil ; puis, comme il ne souffrait pas, il essaya de se lever et de marcher; aussitôt la même douleur se reproduisit avec la même violence et de nouveau il fut obligé de garder l'immobilité.

Mandé auprès de lui, j'arrivai deux heures après l'accident, et il me déclara qu'il ne souffrait plus, mais qu'il n'osait bouger avant de m'avoir vu.

Je trouvai, au tiers inférieur de la jambe droite, une saillie assez prononcée ; c'était le résultat d'une ancienne fracture de la jambe, accident arrivé au malade à l'âge de 17 ans. J'examinai les articulations du pied croyant à une entorse, mais il n'y avait ni gonflement ni douleur dans les mouvements provoqués excepté du côté de la malléole externe. Je constatai alors avec grande surprise une luxation complète du tendon du long péronier latéral. Ce tendon était tendu comme une corde de violoncelle suivant une ligne passant par le tiers postérieur de la malléole externe et faisant une saillie arrondie. Son trajet était rectiligne et se coudait brusquement à la pointe de la malléole. En passant le doigt sur cette saillie je ne produisais qu'une très légère douleur. Il était facile de constater à la vue et encore mieux au toucher, le vide laissé par le déplacement du tendon et l'excavation du bord postérieur de la malléole. En pressant en ce point, la douleur provoquée était très vive. J'essayai de refouler le tendon pour le réintégrer dans sa position normale, mais sans y parvenir. Tous les muscles de la jambe étant vigoureusement contractés, je recommandai au malade de s'étendre tout de son long et de se laisser aller. J'abaissai autant que possible la pointe du pied et refoulant avec le pouce le tendon, je réussis avec la plus grande facilité à le replacer dans sa gouttière en ne provoquant qu'une légère douleur et un faible claquement. La réduction faite, le malade se sentit immédiatement débarrassé, suivant son expression, d'une compression qui le gênait beaucoup.

Se sentant tout à fait à l'aise, quelques minutes après la réduction, il se leva brusquement, poussa un cri aigu et retomba sur le fauteuil. J'examinai la région et trouvai de nouveau le tendon du long péronier latéral remonté sur la malléole et occupant la même ligne passant par le tiers postérieur de la surface externe de cette malléole. Cette nouvelle luxation fut, comme la première, très facilement réduite.

Au bout d'une demi-heure, les bandes que j'avais demandées n'étant pas encore arrivées, le malade très impatient voulut, malgré nos conseils, essayer encore de se tenir debout. J'eus à peine le temps de comprimer vigoureusement le tendon avec mes doigts, le malade était déjà debout et il put se tenir pendant quelques minutes dans cette position sans que la lésion se reproduisit. Mais ayant essayé de faire un pas en avant, immédiatement il poussa un cri aigu, et retomba sur son fauteuil. Malgré toute l'énergie que j'avais pu déployer, je sentis le tendon soulever violemment mes doigts et frapper avec une grande force la partie externe de la malléole en produisant un fort claquement, perçu même par l'oreille.

La réduction fut de nouveau facile. J'appliquai un tampon de ouate sur le trajet du tendon et la malléole externe et roulai une bande de dix mètres en dirigeant les jets de manière à faire porter l'action de la force sur la malléole d'avant en arrière. Après avoir immobilisé ainsi l'articulation, je continuai les tours de bande jusqu'à la partie supérieure de la jambe.

Le lendemain, j'enlevai le bandage et trouvai un gonflement des tissus au niveau de la gouttière de la malléole et une légère infiltration sanguine d'environ 2 centimètres de large sur 8 de long s'étalant, vers la partie supérieure. Au dessus de la malléole il n'existait qu'un léger gonflement et nulle trace d'ecchymose. On ne constatait aucune altération à la face externe de la malléole.

Au toucher, la douleur provoquée était vive au niveau de la gouttière tandis qu'à la face externe de la malléole, elle n'était éveillée qu'en pressant exactement sur la ligne longeant le tiers postérieur de la surface osseuse, là où, précisément, était logé le tendon pendant la luxation. Quatre jours après, le gonflement ayant beaucoup diminué, le professeur Duplay fut appelé en consultation pour contrôler le diagnostic et décider du traitement à mettre en usage. M. Duplay put constater qu'il existait toujours au toucher dans la gouttière, une douleur assez marquée et, à la surface externe de la malléole, la même douleur que j'ai déjà signalée, suivant une ligne passant par le tiers postérieur de la surface externe de cette malléole, douleur qui fit dire au malade: « C'est là qu'il appuyait. »

Un examen du côté sain fit voir à M. Duplay que le tendon du péronier de ce côté était aussi très superficiel; que la gouttière était très peu profonde à sa partie supérieure, et que le tendon ne s'enfonçait réellement dans une véritable gouttière normale que vers l'extrémité inférieure de l'os. Les mouvements s'accomplissaient librement sans provoquer de douleur, ou plutôt, qu'une très légère douleur du côté de la gouttière.

M. Duplay confirma le diagnostic de luxation du tendon du long péronier latéral et conseilla d'immobiliser le pied pendant un mois dans un appareil inamovible.

Le 20 janvier, j'appliquai le même bandage que précédemment, c'est-à-dire un tampon de ouate pour maintenir le tendon dans la gouttière et une bande, mais très courte cette fois. Sur ce premier bandage qui servait à maintenir le tendon en place, j'appliquai une couche légère de ouate et un appareil inamovible silicaté que je laissai en place 22 jours.

Le 24 février, j'enlevai l'appareil inamovible et appliquai pendant quelques jours une simple bande, puis, suivant le conseil du professeur Duplay, je fis porter à mon malade une guêtre lacée, en peau de chèvre, et l'enga-

geai à s'exercer à la marche en augmentant chaque jour la durée des séances.

Au bout de six semaines, les fonctions du membre s'accomplissaient parfaitement, le malade pouvait sortir et faire d'assez longues promenades.

Je relèverai dans cette observation les points suivants, qui m'ont paru plus particulièrement intéressants :

1° Sans traumatisme, sans entorse, sans déplacement des surfaces osseuses articulaires, il s'est produit chez mon malade une luxation complète du tendon du long péronier latéral. Cette luxation s'est produite par un simple mouvement exagéré du corps et une contraction violente des muscles de la jambe, le genou gauche appuyé sur un fauteuil, la jambe droite tendue et le pied appuyant par sa pointe sur le parquet, c'est-à-dire dans une extension forcée;

2° La luxation s'est reproduite deux fois sous mes yeux et sous mes doigts, avec une très grande facilité, au premier pas que tentait de faire le malade;

3° Lors même que la luxation aurait été réduite, le chirurgien pourrait, en constatant la douleur que l'on provoque en pressant suivant une ligne passant par le tiers postérieur de la surface externe de la malléole, diagnostiquer qu'il y a eu luxation du tendon du long péronier latéral; symptôme auquel la douleur provoquée au toucher et siégeant dans la gouttière, donne un caractère pathognomonique. Dans mon cas, ce symptôme pouvait être encore constaté nettement cinq jours après l'accident;

4° Il est très facile de réduire la luxation quand le chirurgien est appelé peu de temps après l'accident ;

5° Le membre a repris, au bout de six semaines, ses fonctions d'une manière aussi parfaite qu'avant l'accident.

REVUE DE LA PRESSE DE LANGUE ANGLAISE

CHIRURGIE

La question du cancer préoccupe en ce moment les anatomo-pathologistes de presque tous les pays : la question du traitement, au contraire, semble avoir rebuté les expérimentateurs à cause du peu de succès que les différentes tentatives ont pu donner. Cependant nous devons enregistrer le travail du docteur William Colley (de New-York) paru dans le dernier numéro de l'*American Journal of medical sciences* et intitulé : *Du traitement des tumeurs malignes inopérables par les injections de toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus.*

L'auteur relate dix cas de tumeurs malignes de nature diverse traitées par ces injections sous cutanées. Chez un de ses malades, atteint d'un sarcome récidivé inopérable de l'amygdale, et chez lequel les injections furent répétées pendant un certain temps sans provoquer aucune réaction, l'inflammation érysipélateuse finit par se produire après une injection de cultures plus virulentes. La tumeur cessa de s'accroître, l'état général s'améliora. Trois ans se sont passés depuis et le malade vit encore.

Chez six autres malades, il s'agissait de sarcomes ; les quatre autres cas avaient trait à des carcinomes. Les sujets chez lesquels les injections de cultures érysipélateuses n'ont pas provoqué d'érysipèle ont paru être influencés tout aussi favorablement que ceux qui ont contracté l'érysipèle. Ce fait l'a engagé à se servir, pour ces injections, des toxines sécrétées par les microbes au lieu d'employer des cultures pures. Puis il a

essayé les injections d'un mélange de toxines du streptocoque de l'érysipèle et du *bacillus prodigiosus*, et a trouvé que ce mélange était plus efficace que les toxines de l'érysipèle employées seules.

Depuis décembre dernier, il a eu l'occasion de traiter 35 tumeurs malignes inopérables au moyen d'injections d'un mélange de toxines de ces deux microbes. Ces observations comprennent 25 sarcomes, 7 cancers et 2 tumeurs de nature douteuse : cancers ou sarcomes. Parmi ces cas, il faut mentionner particulièrement les suivants :

Sarcome de l'abdomen et du bassin : guérison sous l'influence du traitement.

Sarcomes récidivants du dos et de l'aîne : disparition complète des tumeurs.

Sarcome de la fosse iliaque : disparition partielle de la tumeur ; état général parfait

Sarcome inopérable de la paroi abdominale : disparition complète de la tumeur.

Sarcome de la jambe (récidivé après l'amputation) avec engorgement des ganglions inguinaux : amélioration considérable. Ce cas est encore en traitement.

Sarcome globocellulaire énorme du corps thyroïde : amélioration considérable.

Sarcome globocellulaire pulsatile volumineux de la fesse : diminution manifeste de la tumeur.

Sur les 8 cas de cancer traités par les injections, 2 fois il y eut une amélioration notable, 4 fois l'amélioration a été peu accusée, et chez 2 malades elle a été nulle. Dans aucun de ces cas, la tumeur n'a disparu.

Sur le nombre total des malades traités par le procédé en question, il y a lieu, chez 5 d'entre eux, de croire à une guérison définitive. Chez 9 autres, l'amélioration est manifeste ; chez 8, elle a été légère et transitoire ; enfin chez 2 malades le traitement a complètement échoué. Les sarcomes à cellules fusiformes et à cellules mixtes paraissent être plus accessibles à l'action des toxines que les sarcomes des os et du périoste.

Une condition importante de succès consiste à n'employer pour les injections que des cultures provenant de cas très virulents d'érysipèle.

L'auteur se demande quel est le mécanisme de l'action de ce traitement sur les sarcomes et les carcinomes ? Le seul moyen de l'expliquer est, à son avis, d'admettre l'origine parasitaire des tumeurs malignes. Il expose aussi la façon de préparer ces toxines et termine son travail par les conclusions suivantes :

L'action curative de l'érysipèle sur les tumeurs malignes est un fait qu'on peut considérer actuellement comme démontré.

Cette action est beaucoup plus puissante à l'égard des sarcomes que vis-à-vis du carcinome.

Elle est due essentiellement aux toxines sécrétées par les streptocoques de l'érysipèle, toxines qu'on peut injecter sans danger pour les malades.

L'action de ces toxines est considérablement augmentée par l'addition des toxines du *bacillus prodigiosus*.

Ces toxines, pour être vraiment actives, doivent provenir de cultures virulentes et être fraîchement préparées.

Enfin, les résultats obtenus avec ces toxines sont à peu près semblables à ceux qu'on observe dans une attaque d'érysipèle.

Cette communication faite à Washington devant *the American chirurgical association* est accompagnée d'un tableau dans lequel sont enregistrés tous les cas que nous venons de passer en revue.

Relatons maintenant la discussion qui a eu lieu à Londres, le 3 juillet, à la Société de médecine et de chirurgie, *sur la mort par le chloroforme et les moyens de la prévenir*.

M. Lawrie commence d'abord par exposer la méthode d'expérimentation employée à la commission de Hyderabad et qui consiste à donner d'abord d'énormes doses de chloro-

forme à des animaux, sans prendre garde à la respiration, dont les changements étaient du reste indiqués par un manomètre. Ensuite, le chloroforme a été donné de telle façon que la respiration ne puisse être influencée par l'effet anesthésique de la substance sur le centre respiratoire, et la mort produite par simple empoisonnement chloroformique a été aussi étudiée. Enfin, les résultats ont été confirmés par des expériences de transfusion du sang d'un animal à l'autre. Il est vrai que ces derniers résultats ne concordent pas avec ceux de MM. Gaskell et Shore à Cambridge. Ces divergences, toutefois, entre ces auteurs et la commission d'Hyderabad, peuvent s'expliquer par les conditions de l'expérience.

En somme, la question posée est la suivante : Peut-onprendre comme guide le pouls dans la chloroformisation ? Pour répondre, il faut savoir si le chloroforme a une action directe sur le cœur. Or, M. Lawrie ne le croit pas et il attire l'attention sur une expérience de transfusion dans laquelle le chloroforme fut envoyé dans le cœur de l'animal pendant 3 minutes et 24 secondes. Il n'en résulta aucun effet ni abaissement de la pression, ni anesthésie, ni arrêt de la respiration ou des battements du cœur. Cette expérience donne invariablement le même résultat et permet d'avancer que les inhalations de chloroforme n'ont jamais une action directe sur le cœur. De plus, la commission de Hyderabad a antérieurement établi que la chute de la pression sanguine ne peut pas être due à un affaiblissement du cœur. Dans une autre expérience, on a envoyé, par la transfusion, le sang au cerveau seulement ; on obtient alors une chute de la pression sanguine due à l'action du chloroforme sur les vaso-moteurs, chute de pression qui est sans danger ou même peut-être qui soulage le cœur. Cette expérience montre, de plus, ce qui arrive quand la mort survient par empoisonnement chloroformique simple, il se produit un abaissement de la pression sanguine avec anesthésie, puis avec arrêt de la respiration, puis avec arrêt du cœur suivie de mort. Or, les tracés montrent que quand la respiration faiblit ou même quand elle s'arrête, le pouls ne subit aucune modification et, à ce moment précis, on pourrait encore sauver l'animal par la respiration artificielle. Le pouls ne présente un affaiblissement que quelques minutes (3 en général) après l'arrêt de la respiration, et, dès lors, l'état de l'animal est désespéré. *Il est donc évident que ce qu'on doit prendre comme guide, c'est la respiration et non le pouls.* La conclusion est la même que la respiration soit régulière ou irrégulière. Il ne faut donc pas accorder beaucoup de confiance aux auteurs qui veulent que dans certains cas, sous l'influence du chloroforme, le pouls s'arrête tandis que la respiration continue ; au contraire, l'arrêt réflexe et la faiblesse indirecte du cœur ne sont produit sous l'influence chloroforme que par l'intermédiaire des troubles respiratoires. Enfin la même expérience prouve que l'anesthésie seule, unique résultat recherché par le chirurgien, n'offre aucune espèce de danger. On peut voir, en effet, en examinant les tracés, que si le chloroforme n'est pas administré au delà du point nécessaire pour produire l'anesthésie, l'animal n'est pas en danger. On peut alors se demander si c'est toujours la faute du chloroformisateur lorsqu'il dépasse ce point. Quand il s'agit d'opération sur la bouche, il ne faut jamais pousser la chloroformisation trop loin, parce que, le sang tombant dans les voies respiratoires peut étouffer le malade. Dans beaucoup d'autres cas, il est facile de maintenir la chloroformisation dans les limites voulues. Enfin, dans de nombreux cas, la pression sanguine tombe d'une façon irrégulière par suite des irrégularités de la respiration, et ces dernières peuvent se produire malgré le médecin qui fait la chloroformisation. Ces irrégularité respiratoires sont dues soit à un sentiment de frayeur du malade soit à une lutte ou à l'odeur du chloroforme. Enfin, chez quelques sujets, l'anesthésie du centre respiratoire est une des première à se montrer, et il se produit une sorte

d'asphyxie automatique. Il faut donc surveiller non pas le pouls, mais la respiration, et se rappeler que les doses de chloroforme varient avec chaque individu.

Quant à la mort par empoisonnement chloroformique simple, les expériences de Horsley sur les plaies du crâne par arme à feu jettent un jour sur cette question. Lorsqu'une balle animée d'une vitesse modérée traverse la boîte crânienne, elle produit un arrêt complet de la respiration et une légère diminution de la pression sanguine. De 5 à 10 secondes après l'arrêt de la respiration il se produit une élévation de la pression sanguine qui arrive à dépasser la pression normale. Cela prouve que la cause de la mort n'est pas, comme on le dit généralement, une syncope, avec arrêt du cœur, puisque le cœur continue à battre après l'arrêt complet de la respiration. De plus, si on pratique rapidement la respiration artificielle on obtient une survie. Ces études de M. Horsley sur la mort par plaie du cerveau par balles s'appliquent mot à mot à la mort par le chloroforme.

En effet : 1° Dans la mort par le chloroforme la respiration s'arrête progressivement et non brusquement comme à la suite d'un coup de feu.

Dans des cas rares cependant, la respiration peut s'arrêter brusquement sous l'influence du chloroforme ; 2° Dans la mort par le chloroforme, l'arrêt de la respiration est suivi d'un ralentissement du cœur ; 3° Dans l'empoisonnement chloroformique, la respiration peut être très souvent rétablie artificiellement et, quand la mort arrive, l'autopsie révèle les signes d'une paralysie du centre respiratoire et non pas ceux de l'asphyxie. C'est ce qui arrive (Horsley) dans les plaies par armes à feu ; 4° Dans la mort par le chloroforme, le centre respiratoire est anesthésié ou paralysé dès le début et n'est pas excité au début comme cela a lieu dans l'asphyxie ; 5° La respiration artificielle est plus utile que tous les stimulants quand il y a menace de mort par le chloroforme ; 6° Dans l'empoisonnement chloroformique, l'anesthésie peut se compliquer d'une excitation du vague amenant un ralentissement du cœur. De même pour les plaies du cerveau par ballle, l'hémorrhagie peut exciter le vague et ralentir alors le cœur par compression de la moelle allongée. Ce ralentissement du cœur est utile, car il diminue le sang empoisonné par le chloroforme qui arrive au cerveau, ou bien il amende l'hémorrhagie. Donc, dans la mort par le chloroforme, comme dans celle par plaie du cerveau par balle, il faut voir la cause de la mort dans l'arrêt de la respiration.

M. Gaskell ne partage pas l'avis de M. Lawrie et pense que le chloroforme produit un ralentissement et finalement un arrêt du cœur.

M. Horsley qui a beaucoup étudié l'action du chloroforme sur les animaux et qui a eu 3 morts par le chloroforme chez l'homme, est persuadé que dans la très grande majorité des cas, la mort est due à un arrêt de la respiration. Le principal moyen de traitement est donc la respiration artificielle.

M. Brunton pense que, pour les chirurgiens, ce qu'il importe de savoir, ce n'est pas si le chloroforme a une action directe sur le cœur, mais c'est s'il peut agir sur le cœur par inhalation. La commission de Hyderabad a parfaitement établi que le chloroforme est un poison du protoplasma. Il empoisonne toute substance vivante au contact de laquelle il se trouve en quantité suffisante ; il paralyse toujours les centres respiratoires avant d'être en quantité suffisante pour agir sur le cœur.

Enfin M. Bailey recommande toujours de surveiller pendant l'administration du chloroforme non seulement la respiration, mais aussi le pouls et même l'état des pupilles, dont la dilatation est un signe avant-coureur du danger.

M. Dudley-Buxton trouve aussi, au point de vue purement pratique, que le meilleur moyen de prévenir le danger consiste à surveiller attentivement la respiration ; en effet, lorsqu'on remarque à temps les signes d'une paralysie imminente de la respiration, on

peut toujours sauver le malade en provoquant des mouvement respiratoires artificiels. Et la discussion se termine par l'intervention de M. D. Newman qui relate une observation dans laquelle le pouls disparut avant que des troubles manifestes de la respiration eussent eu le temps de se produire ; de M. F. Hewitt, qui pense qu'il ne suffit pas, en donnant le chloroforme, de porter seulement son attention sur l'état de la respiration, puisqu'il est des cas dans lesquels l'acte respiratoire persiste après la disparition du pouls, et par l'opinion de M. L. Barlow, qui estime que le chloroforme diminue tout d'abord la force des contrac.ions du cœur et n'affaiblit la respiration que plus tard.

Comme on le voit, quoique les avis soient un peu partagés, la majorité des orateurs insiste sur ce point capital que la respiration doit être avant tout surveillée. C'est, du reste, la pratique presque unanimement adoptée en France.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1894. — Présidence de M. Empis.

Rhinoplastie sur support métallique

M. Chauvel lit le rapport suivant sur le travail de M. Forgue, de Montpellier :

Bien que les faits de destruction du nez soient assez fréquents, les observations de rhinoplastie totale sont peu communes. A l'heure actuelle, la syphilis, mieux et plus rrpidement traitée, ne fournit que de bien rares occasions d'autoplasties totales ; c'est le lupus, c'est l'épithéliome qui, par suite de destructions étendues, conduisent à pratiquer des rhinoplasties totales.

C'est à M. Cl. Martin (de Lyon) que revient l'honneur d'avoir imaginé d'implanter sur le pourtour osseux de l'antre nasal un cadre de platine qui sert de patron pour modeler le lambeau et assure la stabilité du résultat plastique. Quant au lambeau lui-même, il doit être emprunté au front. Grâce à la prothèse nasale et à la tolérance des tissus pour le platine, grâce à l'antisepsie qui protège les lambeaux contre la suppuration et la rétraction, l'autoplastie appliquée aux restaurations même *totales* du nez ne doit pas être rejetée sans examen. Jusqu'à présent, sur quatorze essais de rhinoplastie sur support métallique, il n'en est que trois où l'on ait constaté des accidents de gangrène ou de suppuration, encore ceux-ci n'étaient-ils pas sous la dépendance immédiate de la prothèse. Un pansement léger, l'absence de tout tiraillement obtenue par la prise de larges lambeaux, la fixation solide du cadre de platine pourront mettre à l'abri de ces complications.

Anévrysme de la troisième portion de la sous-clavière. Ligature de la sous-clavière immédiatement au-dessus de la clavicule et de la carotide. Guérison.

M. Monod présente un homme de 51 ans qu'il a guéri d'un anévrysme siégeant sur la troisième portion de la sous-clavière, par ligature simultanée de la sous-clavière au-dessus de la clavicule et de la carotide primitive, d'après la méthode de Brasdor.

Ce fait paraît unique. Il existe bien dans la science quelques observations d'anévrysme sous-clavier traité par la ligature faite au delà de la tumeur ; mais le fil, dans ce cas, a été placé au-dessus de la clavicule sur l'artère axillaire. La plupart se sont terminées par la mort. M. Monod attribue le succès qu'il a obtenu à deux causes, d'abord à ce que, par la ligature concomitante de la carotide, il a mieux assuré le ralentissement du cours du sang dans la poche anévrysmale, ensuite à ce que évitant, grâce aux précautions antiseptiques prises, la suppuration profonde de la plaie, et en serrant modéré-

ment le fil constricteur, il a évité la section de l'artère par le fil, mettant ainsi son malade à l'abri des hémorragies secondaires cause habituelle de la mort des opérés.

Ce fait, outre son intérêt spécial relatif au traitement de l'anévrysme sous-clavier, établit donc à nouveau la sécurité que donne, pour la cure des anévrysmes en général, la ligature aseptique des artères.

La désinfection des locaux au moyen des pulvérisations

M. Laveran lit à ce sujet un rapport dont voici les conclusions :

« Le meilleur procédé de désinfection des parois des habitations consiste à les laver avec une solution savonneuse d'abord, puis avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100 ou de sublimé à 2 p. 1000 acidulé. Dans tous les locaux qui sont exposés à de fréquentes souillures : hôpitaux, casernes, écoles, chambres d'hôtel, etc., il faudrait avoir des parois imperméables faciles à nettoyer et à désinfecter par ce procédé.

« Quand on opère la désinfection à l'aide des pulvérisateurs, il faut pulvériser la liquide désinfectant jusqu'à ce qu'il ruisselle le long des murs ; même dans ces conditions la désinfection faite par ce procédé est souvent incomplète.

« La solution d'acide phénique à 5 p. 100 nous paraît préférable pour la désinfection des murs par lavage ou par pulvérisations aux solutions de sublimé à 1 ou 2 p. 1000. »

M. Dujardin-Beaumetz. Il faut bien distinguer les expériences de laboratoire de ce que nous observons dans la pratique. Le procédé préconisé par M. Laveran est excellent. On nous dit d'enlever le papier souillé et d'en mettre d'autre, mais songez-vous à la dépense ? Mettons-nous dans les condions de la pratique. Actuellement, à Paris, on fait 120 à 150 désinfections par jour. On en fera bientôt davantage.

Les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici sont excellents. Nous sommes maîtres de l'épidémie de maison quand la désinfection est bien faite. Nous pouvons limiter une épidémie, comme nous l'avons fait pour le typhus exanthématique.

Et cependant nous faisons nos désinfections dans de mauvaises conditions.

Je pense, avec M. Laveran, que le lavage vaut mieux que la pulvérisation. Mais il faut songer que, avec le pulvérisateur de Geneste et Herscher, on produit une pluie plutôt qu'une pulvérisation. Avec les étuves, les pulvérisateurs qui emploient une solution de sublimé additionnée de chlorure de sodium, nous obtenons des résultats parfaits.

M. Vallin. Je suis de l'avis de M. Laveran. La pulvérisation n'est qu'un pis aller. On peut l'employer, quand on n'a pas mieux, pour les tentures. Mais elle est très inférieure au lavage, par suite de l'interposition d'une couche d'air entre les globules du liquide désinfectant et les parois de la pièce à désinfecter. Le badigeonnage avec de l'eau est un excellent procédé de désinfection.

M. Laveran. — M. Dujardin-Beaumetz ne tient pas assez compte des expériences de laboratoire. Il est dangereux d'avoir trop de confiance dans la pulvérisation. Elle est devenue un procédé de choix, c'est un tort. J'ai fait des expériences avec les microbes des diverses maladies infectieuses. J'ai mis la lance du pulvérisateur à quatre mètres du mur. J'ai fait ainsi un vrai lavage et cependant toutes les cultures faites ont été fertiles.

M. Dujardin-Beaumetz. — Nous faisons deux fois la pulvérisation et nous lavons tout ce qu'on ne peut pas soumettre à l'action du pulvérisateur. Le lavage est un procédé supérieur, mais comment M. Laveran veut-il que nous fassions avec les tentures ?

Pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses

M. Maurel (de Toulouse). — Ayant depuis longtemps constaté que les leucocytes présentent une très grande sensiblité vis-à-vis des solutions mercurielles, dans lesquelles ils perdent rapidement leurs propriétés vitales et ne tardent pas à disparaître

je me suis demandé si la stomatie mercurielle ne tenait pas précisément à ce fait que les leucocytes de la muqueuse buccale ne peuvent plus réagir vis-à-vis des microbes existant dans la bouche à l'état normal.

J'ai fait, à ce sujet, les expériences suivantes : après avoir constaté que, chez le lapin, il existe dans les fosses nasales, à l'état normal, des microbes, mais que ces microbes ne sont pas doués de propriétés pathogènes, j'ai mercurialisé au moyen d'injections hypodermiques de sublimé des lapins sains.

En même temps, j'ai étudié la virulence des microbes organismes qui se trouvaient sur leur muqueuse pituitaire ; or, tandis que les inoculations sous-cutanées, des animaux mis en expérience, de liquides contenus dans les fosses nasales restaient sans aucun résultat tant que la dose de sublimé ne dépassait pas 0 gr. 005 milligr. par kilogramme de poids, j'ai toujours pu déterminer la formation d'un abcès lorsque cette dose de toxique était supérieure à 0 gr. 01 centigramme.

J'ai obtenu, pour la muqueuse intestinale, des résultats analogues ; j'en conclus que les inflammations des muqueuses, dans l'intoxication mercurielle, sont d'origine microbienne et dues aux microorganismes vivant habituellement à la surface de ces muqueuses. C'est en diminuant l'énergie des leucocytes phagocytaires que le mercure produit ainsi une inflammation microbienne.

Vœu académique

L'Académie de Médecine a adopté le vœu suivant émis par la commission permanente des eaux minérales.

L'Académie persiste dans l'opinion souvent formulée qu'on doit surseoir à l'autorisation de toutes les eaux minérales qui ont subi le décantage ou la gazéification.

Le congrès des eaux désirerait que l'administration exigeât des pétitionnaires les justifications suivantes :

« Chaque demande en autorisation accompagnée d'un certificat du service des mines (ou au service compétent à l'étranger), attestant que l'eau n'est soumise à aucune opération de décantage ou de gazéification. Le pétitionnaire, dans la demande qu'il formulera au ministre, prendra l'engagement de ne faire subir à l'eau minérale aucune manipulation ».

Seront seuls tolérés les réservoirs d'amenée hermétiquement clos recueillant directement l'eau et le gaz à la sortie de la colonne ascensionnelle et faisant en quelque sorte partie intégrante du captage.

L'eau ne devra pas séjourner plus de 24 heures dans ces réservoirs.

Les bouteilles devront être stérilisées par un procédé efficace et l'embouteillage devra être fait avec toutes les précautions permettant d'éviter les causes de pollutions.

Notification aux nouvelles dispositions devra être faite aux sourciers déjà autorisés.

Les propriétaires auront un délai de trois mois pour faire subir à leur installations les modifications que comporte la présente délibération.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Kyste hydatique rachidien

MM. Sougues et Marinesco. — Ces auteurs ont eu l'occasion d'observer chez une jeune fille, un cas de paraplégie flasque avec incontinence de l'urine et des matières, accompagnée d'amyotrophie diffuse et d'anesthésie douloureuse et thermique des membres inférieurs. L'autopsie révéla l'existence d'un kyste hydatique intra-rachidien qui avait détruit par compressions lentes, sur une hauteur d'environ trois centimètres, la terminaison du cône médullaire et le faisceau des racines de la queue de cheval.

Des coupes pratiquées à divers niveaux de la moelle sacrée, lombaire, dorsale, cervicale et traitées par les méthodes de Bal et de Marchi ont fourni des renseignements très précis sur la topographie de la dégénération ascendante, c'est-à-dire sur le trajet intra-médullaire des fibres radiculaires postérieures qui constituent la queue de cheval. Elles ont conduit MM. Sougues et Marinesco à émettre les propositions suivantes :

1° La disparition des fibres de la substance grise (cornes antérieures et postérieures, colonne de Chartre) est l'expression de la disparition des collatérales des fibres des racines postérieures. Ceci est en parfait accord avec les récentes découvertes de Golgi, Ramon y Cajal, etc.

2° Malgré cette disparition très nette des collatérales, il est impossible par la méthode de Marchi de décéler les traces de leur dégénération, tandis que par cette méthode la dégénération des fibres des cordons postérieurs est, au contraire, facile à mettre en évidence. Ces faits sembleraient prouver que les collatérales disparaissent en premier lieu et vite.

Ces constatations anatomiques semblent, en outre, montrer qu'une lésion exogène retentit tout d'abord sur la partie terminale collatérale des racines postérieures.

3° Le cas de MM. Sougues et Marinesco confirme les recherches expérimentales de Singer et Münzer, Tooth, Odi et Tassi, etc., et les examens anatomo-pathologiques de MM. Gombault, Sottos, etc., qui démontrent que la dégénération médullaire, à la suite de section ou de destruction des racines postérieures, soit un trajet ascendant, bien déterminé topographiquement dans le cordon postérieur, les fibres longues se rapprochent de la ligne médiane au fur et à mesure de leur ascension, pour occuper finalement le territoire du cordon de Gall.

4° En raison de cette topographie, MM. Sougues et Marinesco pensent qu'il est possible de distinguer au-dessus du foyer, la dégénération consécutive à la lésion des racines de la dégénération tabétique.

5° Au niveau de la région dorsale, les auteurs ont trouvé par la méthode de Marchi, des fibres dégénérées dans tout le territoire du cordon postérieur, par conséquent dans son faisceau fondamental, ce qui prouve que ce faisceau n'est pas exclusivement constitué par des fibres endogènes.

6° Le faisceau antéro-latéral ne contient pas de collatérale ǝʅ̣ɐɹǝq des racines postérieures. La dégénération ascendante de ce faisceau, à la suite de lésions médullaires en foyers, constatée récemment par Schaffer, porte, par conséquent, sur les fibres endogenes.

7° Enfin, pour interpréter la dégénération constatée dans la partie externe des corps restiformes, on peut faire remarquer que Bechterew a soutenu que les cordons de Goll passent directement dans les corps restiformes.

Spartéine et chloroformisation

MM. P. Langlois et Maurange.—La méthode physiologique préconisée par MM. Dastre et Morat (atropine et morphine) pour éviter les syncopes primitives dans la chloroformisation, n'a pas reçu auprès des praticiens un accueil favorable et les chirurgiens qui utilisent les propriétés de l'atropine sont peu nombreux. L'atropine, inoffensive chez l'animal est, en effet, d'un maniment plus difficile chez l'homme et, étant donnée la susceptibilité incomparable de l'être humain à des doses minimes de cet alcaloïde, on comprend les craintes éprouvées. MM. P. Langlois et Maurange ont utilisé les propriétés d'un autre alcaloïde dont l'action physiologique a été bien mise en lumière par les travaux de M. Laborde et l'utilité clinique par M. Germain Sée. Il s'agit de la spartéine Cet alcaloïde, extrait du genet, que l'on peut obtenir à l'état de pureté absolue, es avant tout un tonique et un régulateur du cœur, suivant l'heureuse expression de

M. Laborde, un métronome du cœur. Ce seul fait indique son utilité pour prévenir les syncopes secondaires ou bulbaire et ternaire et paralytique ; à ce point de vue son action est toute indiquée; mais, les recherches de Masius avaient déjà signalé l'influence qu'exerce la spartéine sur l'excitabilité des nerfs vagues; il y avait donc lieu de songer que, au point de vue de la syncope primitive ou laryngée reflexe, la spartéine pouvait encore exercer une action tutélaire.

Le lapin est un animal qui supporte mal la chloroformisation et même l'éthérisation, bien que l'on affirme généralement que cet anesthésique est moins dangereux pour lui. Or, en injectant au préalable 1 centimètre cube de la solution de spartéine (4 centigrammes), MM. Langlois et Morange ont pu procéder à vingt anesthésies sans danger, sans alerte et sans précautions pour ainsi dire. Les tracés respiratoires et manométriques montrent que si l'on approche l'éponge chargée de chloroforme des narines, on obtient souvent l'arrêt respiratoire, le ralentissement du cœur, mais ce dernier est beaucoup moins accentué, moins long surtout que sur un lapin normal. Enfin, dans la narcose profonde, la pression carotidienne se maintient régulière et forte.

Chez le chien, même phénomène, la tension artérielle, dans la narcose la plus profonde, reste à 11 centimètres de mercure alors que sur le même animal, avant l'injection de 8 centigrammes, elle était tombée à 6.

Les applications chez l'homme ont été nombreuses, plus de cent vingt-cinq, et parm les anesthésies quelques-unes ont été faites dans des conditions mauvaises : lésions cardiaques, artériosclérose, albuminurie, narcose prolongée de plusieurs heures.

Les opérations sur les hernies étranglées ont surtout été considéréee comme dangereuses, les auteurs en ont opéré six sans la moindre alerte.

Dans les anesthésies de longue durée sur des sujets affaiblis, MM. P. Langlois et Maurange ont eu à lutter parfois contre l'inertie de l'appareil respiratoire ; mais, dans ce cas, il a suffi de faire, à intervalles plus ou moins rapprochés, des tractions de la langue pour maintenir en activité suffisante le centre respiratoire.

Effets de la chaleur sur la toxicité du sérum

Des expériences de MM. Mairet et Bosc, il résulte que le sérum du sang de chien, porté à une température de 52° à 53° pendant trois quarts d'heure perd ses propriétés coagulantes, mais conserve ses propriétés toxiques. Ces deux espèces de propriétés sont dues à des subtances de nature très voisine et l'élévation progressive de la température atténue de plus en plus le degré de toxicité.

Lésions de l'ataxie locomotrice

M. Déjerine a examiné l'arc cébro-spinal tout entier d'un tabétique. Il a constaté outre les altérations admises, un fait très intéressant. Le faisceau cérébelleux était lésé dans toute son étendue, mais les altérations du faisceau pyramidal se montraient d'autant moins accusées que l'on arrivait dans une région plus élevé de la moelle. On ne troutrouvait plus trace des cellules de la colonne de Clarke.

COURRIER

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Ont reçu les récompenses suivantes pour leur dévouement pendant l'épidémie cholériques qui a sévi, en 1893, dans le département de Constantine :

Médaille d'or : M. le docteur Soulié (d'Alger). — Médailles de vermeil : MM. Gautier,

interne à l'hôpital de Constantine ; Ali bou Derba, médecin à Alger; Pierre, médecin des colonies à Condé-Surendon ; de Labrousse, médecin des colonies à Guelma. — Médaille d'argent : MM. Parot, interne, et Jamot, infirmier à l'hôpital civil de Constantine. — Médailles de Bronze : MM. Maurin, Cellin, Bossion, N'Guyen, Kac Can, internes à l'hôpital de Mustapha; Peyret-Dortail, médecin des colonies à Montagnac; Chassaigne, médecin des colonies à Chateaudun-du-Rhumel. — Mention honorable : Mlle Calcuti, infirmière à l'hôpital civil de Bône.

Ont reçu pour leur dévouement à l'occasion de l'épidémie typhoïdique de Poitiers :

Médaille d'argent : Mme Vergez, en religion sœur Saint-Maixent, de l'ordre des Filles de la Sagesse. — Médailles de bronze : MM. Jadeau, infirmier auxiliaire au 33e d'artillerie ; Leroux, infirmier de visite à la 9e section, et Bonnet, infirmier stagiaire au 125e d'infanterie.

— M. Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, est promu à la quatrième classe de l'Osmanié (Turquie).

— M. le docteur Treille, médecin-inspecteur de première classe du corps de santé des colonies, et M. le docteur Martin, inspecteur général de l'hygiène et de la salubrité, sont délégués au Congrès international d'hygiène de Budapest.

— Le ministre de l'intérieur a décerné, pour acte de courage et de dévouement, une médaille d'argent de 1re classe à M. le docteur Christoflau (de Niort) et une mention honorable à M. le docteur Dagrève (de Tournon).

Statistique des facultés de médecine allemandes. — Le nombre des étudiants inscrits dans les 20 facultés de médecine d'Allemagne est de 8012 (contre 7714 dans le dernier semestre d'hiver et 8159 dans l'été 1893). Ce chiffre se décompose en 4505 Allemands et 3507 étrangers, proportion qui reste toujours à peu près la même. La faculté la plus fréquentée pendant l'été est Munich, qui a 1211 élèves (contre 1114 en hiver) ; Berlin vient au second rang avec 1059 étudiants (contre 1279 en hiver) ; Wurzbourg arrive en troisième ligne avec 720 élèves, puis Leipzig avec 672. Les facultés les moins fréquentées sont Giessen qui compte 149 élèves et Rostock qui n'en a que 120. La population relative de chaque faculté reste à peu près la même que l'année précédente ; cependant Wurzbourg passe au troisième rang qu'occupait autrefois Leipzig.

Les facultés que les étrangers fréquentent de préférence sont Munich (716 étrangers pour 495 Allemands), Wurzbourg (566 étrangers et 154 Allemands), Fribourg (383 étrangers et 102 Allemands) ; il y a encore majorité d'étrangers à Erlangen, Heidelberg, Iéna, Leipzig, Rostock, Strasbourg et Tubingen, c'est-à-dire dans la moitié des facultés. La faculté qui attire le moins les étrangers est Breslau (8 étrangers et 287 Allemands), puis viennent, à ce point de vue, Kœnigsberg et Bonn. A Berlin, on compte 256 étrangers et 803 Allemands.

— Le docteur Idelson a proposé au Comité du futur Congrès international de médecine, qui aura lieu à Moscou, d'organiser un groupe *de guides bénévoles* (étudiants, jeunes médecins) qui, connaissant les langues étrangères, pourraient rendre service à leurs collègues étrangers.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. E. Rochard : La Société de chirurgie. — II. Académies et sociétés savantes : Académie des sciences ; Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — III. Formulaire d'hygiène. — IV. Feuilleton. — V. Courrier.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

C'est la dernière séance avant les vacances et l'ordre du jour est assez chargé. Il faut d'abord épuiser la discussion sur la *thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire* et, à cette effet, le président donne la parole à M. Tuffier qui a pratiqué douze interventions de ce genre et qui veut apporter à la tribune deux observations intéressantes.

Dans la première, c'est d'abord *une cholecystenterostomie* faite chez une femme de 22 ans atteinte de rétention biliaire complète. Attaques de coliques hépatiques, ictère, décoloration des matières fécales, foie augmenté de volume, rien n'y manquait et pourtant la laparotomie ne permit pas de découvrir de calculs. Vésicule biliaire et canaux ne présentaient aucune pierre, et pourtant, à la tête du pancréas on sentait fort bien une tumeur ronde, fixe, exerçant une compression non loin de l'ampoule de Vater, tumeur absolument impossible à énucléer et qu'il fallut se résoudre à laisser en place. L'abouchement de la vésicule dans l'intestin fut alors pratiqué et malgré une amélioration passagère la malade mourut le vingt-deuxième jour.

La mort ne doit pas être mise sur le compte de l'infection ascendante ; car des ponctions pratiquées dans le foie, avant et après l'opération, démontrèrent l'absence complète de micro-organismes, qui ne furent pas non plus trouvés dans la bile recueillie après la mort. Il ne s'agissait, du reste, pas de lithiase biliaire, et l'autopsie permit de reconnaître un cancer massif du foie pénétrant dans le pancréas.

Le second cas a trait à une *cholecystotomie* ; mais ici l'examen bactério-

FEUILLETON

A propos d'une faculté de Médecine pour les femmes

Des bords de la Néva, nous arrive la nouvelle de l'ouverture prochaine d'une faculté de médecine pour les femmes. Les dons affluent pour compléter la somme nécessaire ; un enthousiaste a donné d'un seul coup 200.000 roubles... près d'un million ! Il n'y a pas à dire le contraire : c'est bien du Nord que nous vient aujourd'hui la lumière. Une création de ce genre, à une époque où les pays qui se piquent de marcher à la tête de la civilisation et du progrès en sont encore à se trouver très libéraux parce qu'ils n'interdisent pas absolument aux femmes l'entrée des amphithéâtres et des hôpitaux, doit répondre à des besoins très spéciaux du peuple qui en a pris l'initiative. Je l'admet *à priori* et n'ai nulle intention de rechercher si nos amis ont tort ou raison d'entrer si largement dans la voie où ils s'engagent. C'est à un point de vue tout à fait général que je voudrais envisager la tendance qui pousse les femmes à forcer les portes de la carrière médicale. Pour dire de suite mon opinion à ce sujet, il y a là, à mon avis,

logique démontra qu'on avait affaire à un foie infecté. C'était encore une femme, comme toujours, atteinte depuis sept ans d'ictère et de troubles du côté de la glande hépatique. La laparotomie fit tomber M. Tuffier sur une vésicule adhérente avec un calcul dans le cholédoque, calcul impossible à enlever. L'abouchement de la vésicule à l'intestin était impossible à cause de la rétraction du réservoir biliaire, aussi l'opérateur dut il se borner à faire une cholecystotomie dans l'espoir que la dérivation du cours de la bile permettrait au calcul de se mobiliser. Il n'en fut malheureusement rien; les symptômes s'amendèrent à peine et les accidents de l'ictère grave dus à une angiocholite par infection enleva la malade.

M. Monod a aussi deux curieuses observations qu'il veut analyser rapidement comme pouvant servir à l'étude de cette question intéressante, qui réclame encore, pour son étude, de nombreux matériaux. Les deux malades vont bien, mais portent encore une fistule à l'heure qu'il est. La première portait une tumeur très volumineuse qui n'était autre que la vésicule dilatée par un liquide clair et quelques calculs dont un, notamment, enclavé dans le canal cystique et que M. Monod ne put extraire. Il pratiqua la cholecystotomie et l'amélioration fut rapide. Le second cas présente ceci de particulier, c'est qu'on sentait, pour ainsi dire, les calculs à travers la paroi. La vésicule en était remplie, en effet, et en portait plusieurs centaines qui furent évacués en trois fois. A l'heure actuelle la malade est fort bien; mais elle perd de grandes quantités de bile. M. Monod, dans ces deux cas, attend toujours, espérant que la fistule se bouchera seule et il est certain que la bile commence un peu à s'écouler par l'intestin.

Comme on le sait, c'est M. Michaud qui a commencé ce débat, c'est donc à lui de prendre le dernier la parole. Il le fait, heureux d'avoir pu faire voir le jour à d'aussi curieuses observations que celles qui ont été apportées à la tribune. Comme on le voit la question est encore à l'étude. Il est impossible de savoir, avant d'avoir exploré les voies biliaires, si on devra pratiquer la cholécystotomie ou la cholécystentérostomie; mais comme le prouvent les observations de M. Tuffier, il ne faut pas accorder une trop grande

---

quelque chose de profondément étonnant. Quelques efforts que j'y ai faits, je n'ai pu encore arriver à me convaincre que cela fût une chose bonne, naturelle et avantageuse. Je suis comme en présence d'une énigme dont on ne trouve pas le mot, d'un problème dont on ne réussit pas à formuler l'équation. Je ne vois pas du tout les femmes exerçant couramment, normalement la profession de médecin ; je ne les vois pas se livrant aux études qu'elle exige. Ne me demandez pas les motifs de ma résistance à cet égard ; je les ignore tout le premier. Il me serait peut-être impossible de vous donner, de ma répugnance à la confraternité du beau-sexe, une seule bonne raison.

C'est une pure affaire de sentiment et le sentiment ne se discute pas. Je vais même plus loin. Si l'on me mettait dans l'alternative forcée de combattre ou de soutenir par des arguments solides la thèse de l'exercice de la médecine par les femmes, je choisirais de la soutenir, trouvant cela plus facile, et il me semble que je rétorquerais les objections plus aisément que je n'en élèverais.

Je sais le cas qu'il faut faire des moyens analogues à celui qu'on tire de l'incompatibilité entre la délicatesse de la nature féminime et les répulsions à surmonter, entre ses exquises pudeurs et les brutalités à subir, entre sa sensibilité d'âme et la violence de certaines émotions à dominer, entre sa faiblesse physique même et la continuité des

importance à l'infection hépatique. La question du diagnostic est aussi très difficile et, pour preuve, M. Michaud cite la seconde malade opérée par lui qui est morte depuis sa première communication et chez laquelle l'autopsie a permis de découvrir un cancer du foie.

La dernière communication est faite par M. SCHWARTZ et elle a trait à une forme rare et très curieuse d'*appendicite suppurée*. L'observation qui est le point de départ de ce travail est très intéressante. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui, dès l'âge de 9 ans, eut une première atteinte d'appendicite avec un abcès considérable qui fut ouvert sur la ligne blanche. Cinq ans après cette première crise s'en manifesta une seconde avec ouverture spontanée d'un nouvel abcès toujours dans la région sous-ombilicale. Enfin, en novembre 1893, se produisit encore une troisième attaque dans les mêmes conditions.

Inquiet sur son avenir le jeune homme consulta M. Schwartz qui, après examen attentif, conclut à une forme rare d'appendicite et conseilla l'intervention. La laparotomie fut donc pratiquée et ce chirurgien trouva une grosse masse épiploïque indurée et à côté l'appendice formant un pont tendu de la fosse iliaque à la partie médiane de la paroi antérieure de l'abdomen sur laquelle son extrémité s'insérait solidement. La libération de l'appendice fut même difficile, mais fut menée à bien et l'appendice fut réséqué à sa base.

L'orateur fait remarquer que ses recherches ne lui ont fait relever que quelques cas d'abcès médians dont le point de départ est l'adhérence de l'appendice à la paroi. Fischer en cite un fait, Gœrster en donne trois et Roux (de Lausanne), auquel M. Schwartz a écrit, n'a jamais rencontré un fait pareil sur 200 cas qui se sont présentés à lui.

M. TUFFIER a eu deux fois l'occasion de trouver cette forme rare et M. MONOD a opéré deux sujets dont le pus avait fusé de la fosse iliaque droite dans la fosse illiaque gauche. Ce sont là, réplique M. SHCWARTZ, des abcès appendiculaires en fer à cheval dont la variété est moins rare que celle qu'il vient de citer.

M. BERGER profite de la circonstance pour présenter une malade atteinte

---

fatigues à affronter. Tout cela, et beaucoup d'autres sophismes encore, ne vaut pas la peine qu'on le réfute. Les répulsions ne résistent pas longtemps contre les habitudes ; les émotions s'émoussent ; et la science est trop chaste et l'art est trop grave pour faire rougir la plus inquiète pudeur. Rien de sérieux ne s'oppose donc à ce que les femmes étudient la médecine. J'ajoute que rien ne s'oppose à ce qu'elles l'exercent, et qu'il ne serait pas plus choquant de voir des docteresses soigner les jeunes hommes, que les docteurs soigner des jeunes filles. On a dit que les médecins-femmes ne trouveraient pas de clients même parmi les malades de leur sexe, mais on n'a point démontré cette proposition qui reste, jusqu'à présent, à l'état d'hypothèse gratuite et d'affirmation sans preuve. Il semble, au contraire, à en juger par la faveur dont on continue à honorer les sages-femmes, au moins dans certaines classes de la société, que nos confrères féminins y seraient très bienveillamment accueillis.

Et cependant je ne puis me défendre d'une impression de regret et de moquerie tout ensemble devant l'erreur qui pousse des femmes à envahir, comme disciples, le temple d'Esculape. Elles me font l'effet de personnes qui se trompent de chemin.

C'est une des plus frappantes caractéristiques de ce temps-ci, qu'il y ait tant de gens acharnés à faires des besognes pour lesquelles ils ne sont point nés. Parmi ceux qui

d'*appendicite perforante aiguë avec suppuration péritonéale diffuse* qu'il a sauvée en lui pratiquant trois incisions, une dans chacune des fosses iliaques et la troisième sur la ligne médiane et en faisant un grand lavage avec de l'eau stérilisée. C'est le seul succès qu'il a eu sur huit cas semblables, quoique une fois son opéré ne soit mort que le sixième jour.

M. Pozzi présente une malade sur laquelle il a pratiqué la *duodénotomie* pour extraire un calcul biliaire enchatonné de l'intestin, et M. Poirier un malade chez lequel il a gratté des cavernes tuberculeuses dont les manifestations extérieures étaient des abcès périostiques des côtes.

Eugène Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Topographie de l'urètre fixe

(Note de M. L. Testut, présentée par M. Bouchard)

Pour étudier l'anatomie topographique de l'urètre, j'ai utilisé les coupes sur des sujets congelés. Voici ce que j'ai pu constater :

1° Le col de la vessie se trouve constamment situé au-dessus et en arrière de l'extrémité inférieure de la symphyse ou angle symphysien. Un intervalle de 23 mm. en moyenne, le sépare de cet angle ;

2° Une horizontale menée par le col rencontre la symphyse à sa partie moyenne ou un peu au-dessus de sa partie moyenne ;

3° La distance qui sépare le col de la symphyse est, en moyenne, de 23 mm.

4° Le point le plus déclive de l'urètre est toujours situé en avant de l'aponévrose périnéale moyenne, le plus souvent au niveau ou au voisinage d'une verticale, passant par l'angle symphysien. Ce point déclive est séparé de l'angle symphysien par un intervalle moyen de 18 mm. J'ai observé un minimum de 12 mm. ; cette donnée est, par conséquent, très variable ;

---

errent de là sorte, au grand détriment des autres et d'eux-mêmes, les femmes se sont mises au premier rang et pourtant, c'est chez elles que la faute est la moins excusable

La nature a si bien pris le soin de leur tracer à elles, la voie d'où elles ne doivent point sortir ! Elle leur a dévolu un rôle si grandiose ! elle leur a assignée des fonctions si élevées ! Que peuvent-elles désirer, qui leur mérite plus de respect et d'admiration, que le mystérieux pouvoir de reproduire en elles-mêmes la vie dans sa forme la plus parfaite; le couver longuement au plus profond de leurs entrailles les êtres qui les continueront en les multipliant et de se les attacher par les liens les plus puissants qui soient au monde ? Etre mère maintenant ne leur suffit plus. Que dis-je ? La maternité les effraie ; on croirait qu'elles y voient une honte ou un dégout. La grossesse et l'allaitement sont des tares ; l'amour, une corvée pénible et dégradante.

A elles, désormais, une tâche plus noble ; c'est par le cerveau qu'elles veulent valoir et non par le ventre : le ventre n'anoblit pas, vous le savez bien. Et les voilà se jetant à l'envie sur les livres, sur les pinceaux, sur les ébauchoirs et sur les scalpels. Ce qu'elles pourront faire avec ceux-ci, on le verra seulement plus tard ; mais on a déjà trop vu ce qu'elles font avec ceux-là. Elles n'ont point encore revendiqué le droit au métier des armes et il y a presque lieu d'en être surpris; Ce spectacle sera bientôt le seul qu'elles

5° L'angle prépubien de l'urètre a, par rapport au pubis, une situation fort variable. Je l'ai toujours trouvé au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'extrémité inférieure de la symphyse, sauf dans un cas où il remontait jusqu'à cette ligne, mais sans la dépasser ;

6° La longueur de l'urètre fixe est, en moyenne, de 65 mm. à 70 mm., dont 40 mm. pour la portion située en amont du point déclive et 25 mm. ou 30 mm. pour la portion située en aval ;

7° Si de l'horizontale, passant par le col, nous abaissons deux verticales, l'une sur le point déclive, l'autre sur l'angle prépubien, nous constatons que ces verticales mesurent en moyenne, la première 38 mm., la seconde 32 mm. seulement. L'urètre descend donc à 38 mm. au-dessous du niveau occupé par le col et remonte ensuite pour atteindre l'angle prépubien. Toutefois, cette ascension est peu considérable, puisqu'elle n'est que de 6 mm. Je dois ajouter que l'urètre, entre le point déclive et l'angle prépubien, n'a pas toujours une direction ascendante. Sur deux de mes sujets, la distance en projection qui se trouve comprise entre une horizontale menée par le col et le point le plus déclive de l'urètre est exactement égale à celle qui sépare cette même horizontale de l'angle prépubien. Sur ces deux sujets, par conséquent, le canal de l'urètre, du point le plus déclive à l'angle prépubien, suit un trajet parfaitement horizontal ;

8° La distance en ligne droite qui sépare le col de l'angle prépubien, autrement dit la corde de l'arc que décrit l'urètre fixe autour de la symphyse, est évaluée par M. Sappey à 70 mm. Ce chiffre me paraît un peu trop élevé. J'ai obtenu, dans mes quatre observations, 58 mm., 54 mm., 55 mm. et de nouveau 54 mm., soit une moyenne de 55 mm. ;

9° On retrouve un peu partout cette assertion de Gély, que la courbe urétrale se rapporte assez sensiblement à une portion de circonférence engendrée par un rayon de 60 mm. et que sa longueur représente un peu moins du tiers de cette circonférence. Je n'ai jamais rencontré dans le trajet décrit par l'urètre une portion de circonférence, mais bien une courbe fort irrégulière, variable pour chaque sujet. La seule formule qui paraisse se dégager de l'étude comparative de mes observations, est celle-ci : l'urètre fixe se compose d'un segment initial à peu près rectiligne et d'un segment terminal également rectiligne, réunis l'un à l'autre par une courbe de raccordement.

---

ne nous aient point donné ; j'imagine qu'elles le réservent à nos enfants. Certes ce ne sera point banal de voir défiler, aux jours des grandes parades, le bataillon coquet des « Saint-Cyriennes » et celui des « Chères camarades » et les régiments gagneront en pittoresque à être suivis, en guise de chirurgiens, par de belles amazones, portant le parement de velours rouge à la manche, avec la petite trousse en sautoir. Ne criez pas à l'invraisemblance. Tout est possible dans cet ordre d'idées, car il n'y a point de bornes à l'illogisme des fantaisies.

Ainsi ce bassin élargi, évasée à dessein, restera vide ; ces bras ronds, potelés, auxquels a été mesurée la force suffisante à porter un poupon et qui, repliés contre la pente des seins font aux bébés le plus doux et le plus commode des berceaux, réduiront les fractures, briseront les ankyloses ; ces doigts qui ne sont souples et fins que pour manier plus doucement les petites êtres frêles et charmants, se profaneront à la rougeur du sang, à la putridité des sanies. N'est-ce pas une grande pitié d'y songer.

N'allez point voir en moi un ennemi des femmes, un farouche négateur de leurs droits, un contempteur de leurs mérites. Il s'en faut de beaucoup que j'en sois là, je les aime et je les admire de toute mon âme ; elles ont, en un coin de mon cœur, un véritable autel où je leur rends un culte fait de sincères hommages et de vénération. Je me suis

Recherches sur l'excitabilité des muscles rigides et sur les causes de la disparition de la rigidité cadavérique

(Note de M. J. Tissot, présentée par M. Chauveau)

D'après une opinion généralement admise, la putréfaction est la cause de la disparition de la rigidité. Les expériences que j'ai faites à ce sujet m'ont montré que cette opinion est fausse. J'ai fait des cultures des muscles à différentes époques et après la disparition de la rigidité, afin de saisir le moment où les microbes envahissent les muscles. J'ai vu :

1° Qu'il n'y a jamais de bactéries dans un muscle rigide (chez un animal qui n'est pas mort de maladie infectieuse) ;

2° Qu'il n'y a jamais de bactéries dans les muscles au moment où la rigidité cesse, et qu'il s'écoule un certain temps, souvent fort long, entre la disparition de la rigidité et le début de la pullulation microbienne.

Ces faits peuvent être mis facilement en évidence chez des animaux soumis à l'inanition, surtout ceux chez lesquels l'inanition a duré longtemps. L'animal est porté au frais sitôt que la rigidité a apparu, puis on fait des cultures des muscles jusqu'à ce que les microbes les envahissent.

Sur un chat, on constate un espace de trois jours entre la cessation de la rigidité et l'apparition de la putréfaction. Sur un chien on constate la présence de bactéries quatre jours après la cessation de la rigidité.

On a donné aussi, comme autre cause de la cessation de la rigidité, la dissolution de la myosine par l'acide formé dans le muscle. Mais cette hypothèse n'a pas plus de valeur que l'autre, car chez les animaux en inanition, les muscles ne deviennent pas acides (Cl. Bernard) en devenant rigides, et restent alcalins jusqu'après la cessation de la rigidité. Ce fait est sans exception chez tous les animaux soumis à l'inanition ; on peut donc conclure que l'acide n'entre pas plus en cause dans la production de la rigidité que dans sa disparition.

---

forgé d'elles un idéal qui flatterait les plus difficiles ; mais ce m'est une peine quand elles-mêmes viennent me le gâter et je souffre d'une désillusion dont on le ternit, comme elles souffriraient, elles, d'une pierre arrachée à leur parure, comme souffrirait un prêtre d'une relique profanée.

J'entends bien l'objection qu'on va faire. En quoi, pour elles, est-ce déchoir du piédestal où vous les voulez placées, si elles se consacrent à ce rôle tout de dévouement ; de bonté et de sacrifice qui est celui du médecin ? Vous leur faites de la maternité une couronne plus que royale ; mais les fleurons n'en sont-ils pas faits, justement, de toutes ces qualités, affinées encore de leur exquise délicatesse et de leur ingénieuse tendresse ? Ne sauriez-vous les aimer qu'assises à leur foyer, versant au chéri qui s'endort le lait de leurs mamelles avec la chanson de leurs lèvres ? Est-il possible que vous ne les vouliez point près des lits où la douleur veille, où la mort est aux aguets ? Ne pourraient-elles donc pas, comme nous, guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours ?

A Dieu ne plaise que je blasphème de la sorte. Ce qu'est une femme au chevet d'un malade, je le sais mieux que personne : leur présence seule est un baume. Une salle d'hôpital où la mousseline blanche d'un bonnet ou d'une cornette ne mettrait pas le

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 juillet 1894

Eczéma typique symétrique

Le docteur L. Brocq présente en son nom et au nom de MM. Déjerine et Miraille une femme de 47 ans, ni hystérique ni neurasthénique, qui, atteinte depuis plusieurs mois d'un eczéma typique des deux mains, développé sur les territoires des nerfs médian et radial, avec intégrité absolue des territoires du cubital. Elle présente, en outre, de la diminution très nette de la sensibilité au tact et à la piqûre des régions atteintes, des douleurs vives spontanées et aux mouvements dans le bras gauche, des sensations d'engourdissement et de lourdeur dans les membres supérieurs. Le trajet du médian est douloureux à la pression.

Le docteur Déjerine, après examen approfondi de la malade, a cru pouvoir conclure chez elle à un trouble trophoneuratique probablement lié à une névrite, mais sans lésion de l'axe encéphalo-médullaire. Le docteur Brocq fait ressortir l'importance de ce cas qui établit d'une manière irréfutable qu'une éruption eczémateuse typique peut être consécutive à une lésion du système nerveux. On pourrait toutefois soutenir ici que la malade étant sujette à de l'eczéma, cet eczéma est venu se localiser chez elle au point faible de son organisme, c'est-à-dire aux régions dont la sensibilité était diminuée par suite de la névrite. Mais, quelque soit l'explication que l'on admette, il n'en est pas moins vrai que ce fait prouve jusqu'à l'évidence le rôle pathogène majeur que joue le système nerveux dans la production de certains eczémas.

Prurigo simplex aigu de Vidal, Brocq et prurigo de Hébra

M. Hallopeau : 1° L'état morbide décrit par Vidal, sous le nom de lichen simplex aigu, par Tamasoli, sous celui de prurigo temporaire auto-taxique, et par Brocq, sous celui de prurigo simplex aigu, constitue, comme l'ont bien montré ces auteurs, une espèce nouvelle ;

2° Le caractère vésiculeux des éléments ne permet pas de conserver la dénomination de lichen ; celle de prurigo auto-taxique a le tort de reposer sur une hypothèse ; celle de prurigo simplex doit être préférée ;

---

rayon de sa compatissante gaîté serait un lieu de lugubre épouvante. Qui, autant qu'elles, saurait atténuer la terreur d'une opération, pallier les rigueurs d'un traitement, adoucir les lenteurs d'une guérison.... ou d'une agonie ? Qui donnerait des soins comme elles, et par quels autres auxiliaires pourrions-nous les remplacer ? Mais n'allons pas confondre ces deux choses : donner des soins et les prescrire. Un abîme les sépare ; les qualités qu'elles exigent sont différentes, j'allais dire qu'elles sont opposées D'un côté, douceur, patience, adresse et bonté suffisent toujours ; de l'autre, énergie, effort, autorité, rudesse sont parfois nécessaires. Garde-malade parfaite, admirable, médecin médiocre ; tel est mon sentiment sur les rapports de la femme avec l'art de guérir.

En voici une là, près de ce lit où, brisé par la fièvre et le mal, quelqu'un gît : c'est un père, un enfant, un étranger, qu'importe. Quoi de plus doux, de plus consolant, de plus charmant que de la voir s'empresser à ces mille menus soins dont elle entoure le cher souffrant. Voyez-la tapoter l'oreiller qui s'est affaissé pour lui redonner de la souplesse et du moelleux ; tendre et border les draps sans cesse mis en désordre ; éloigner ou remonter l'édredon ; poser, comme un frais topique, sa main sur le front aride et brûlant, préparer gentiment les breuvages prescrits ; faciliter d'un mot d'encouragement

3° La marche cyclique de cette éruption et ses localisations d'élection aux genoux, au coude et à la nuque, la rapprochent des pseudo-exanthèmes ;

4° Peut-être la grossesse et l'état puerpéral peuvent-ils être l'origine des toxines qui en sont vraisemblablement la cause prochaine ;

5° Les poussées aiguës qui se reproduisent plusieurs fois par an dans le prurigo de Hébra offrent dans leurs caractères cliniques et leurs localisations, comme dans leur structure, de grandes analogies avec celles du prurigo simplex aigu : ces états morbides appartiennent à une même famille nosologique.

Pityriasis rubra pilaire, lichen de Wilson ou lichen scrofulosorum

M. Hallopeau : Ce jeune enfant montre combien le diagnostic entre ces trois maladies peut offrir de difficultés. Il est, en effet, atteint simultanément à la jambe gauche d'une lésion très probablement tuberculeuse et d'adénites suppurées de la région inguinale correspondante ; ce fait et les caractères mêmes d'une éruption miliaire occupant le tronc sont en faveur d'un lichen scrofulosorum ; mais, concurremment, d'autres papules acuminées occupant le dos des phalanges sont en faveur d'un pityriasis rubra pilaire et enfin des dilatations très considérables des orifices sudoripares dans la paume d'une des mains ne s'observent guère que dans le lichen de Wilson ; le diagnostic devrait donc rester en suspens si le groupement autour des lésions tuberculeuses de papules identiques à celles du pityriasis rubra pilaire ne venait pas pencher la balance en faveur d'un lichen scrofulosorum.

Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire

M. Mendel : Les glossites tertiaires ne sont pas des affections leucophasiques et la présence sur la muqueuse linguale de lésions de cette nature est plutôt faite pour rendre le diagnostic hésitant. Dans le cas actuel, la syphilis est démontrée et le malade présente depuis une quinzaine d'années un degré assez prononcé de sclérose linguale, avec taches leucoplasiques irrégulières, lenticulaires, semées sur la moitié antérieure du dos de la langue, les taches sont surélevées et produites en grande partie par un exsudat assez épais qu'on détache par le frottement et au-dessous duquel le trouble de la fonction épithéliale s'accuse par la présence d'une autre tache indélébile.

---

ou d'amitié les efforts qu'ils exigent, tromper les répugnances qu'ils inspirent. Avec quelle adresse et quelle grâce ne soulève-t-elle pas cette tête alourdie, et qu'elle est ingénieuse à obtenir le consentement qu'il faut à l'ingestion d'une gorgée de tisane, d'une cuillerée d'écœurante potion ! Puis, la voilà qui se rassied, souriante, et dans ce sourire elle met comme un remerciement du plaisir qu'on lui a donné en acceptant ses soins. Voyez-la scrutant du regard, avec quelle anxieuse attention, ce visage accablé pour y surprendre le moindre indice d'un désir, d'une amélioration ! Voyez-là veillant avec la sollicitude la plus jalouse sur ce sommeil rapide et fragile qui met ses bienfaisantes oasis dans le désert ardent de la fièvre ! S'il lui faut alors se déplacer, elle marche, légère ainsi qu'un oiseau, sur la pointe des pieds ; elle a un talent et une patience admirables pour ouvrir les portes les plus bruyantes sans arracher à leurs gonds le plus léger grincement.

Avez-vous senti quelquefois, dans cette stupeur demi-consciente où le mal vous a prostré, la pression douce et tiède de ses doigts posés longuement sur les vôtres ; et, à propos d'un réveil, d'un mouvement, d'un souffle, avez-vous entendu couler en votre âme — comme une musique — le murmure adouci de sa voix vous interrogeant, vous

On ne saurait songer ici à la lésion appelée « psoriasis lingual » ; on pourrait penser, au contraire, au lichen de la langue, dont les lésions, bien décrites par M Thibierge, se rapprochent de ce que nous décrivons ici.

Le lichen lingual est presque toujours accompagné de lésions cutanées du lichen plat.

— M. Du Castel a présenté un malade atteint d'une éruption eczématiforme typique due à une intoxication par les gaz des fosses d'aisance.

— MM. Fournier et Sabouraud ont montré un enfant âgé de six semaines, étiolé, qui a sur la jambe de larges plaques arrondies dont le centre est pulvérulent et les contours avec une zone rougeâtre. On pensa à une syphilis héréditaire, mais il fut impossible de trouver trace de syphilis chez le père ou la mère et l'enfant n'avait pas d'autre accident spécifique , en réalité il s'agissait d'un cas de pityriasis versicolor et c'était la mère qui avait transmis le parasite. Il résulte de ce fait intéressant que la pityriasis versicolor peut se développer dans le jeune âge et offrir la forme insolite d'un exanthème aigu facile à confondre avec des lésions syphilitiques.

FORMULAIRE D'HYGIENE

Examen des viandes de boucherie (Suite)

La tuberculose bovine est compatible au début, avec le plus bel état de santé apparent. On trouve souvent, à l'autopsie d'animaux de très bel aspect, les poumons farcis de tubercules. D'une autre part, même lorsque la maladie est avancée, on ne trouve jamais qu'un très petit nombre de bacilles dans les interstices musculaires. Enfin, il n'existe pas une expérience décisive qui prouve que l'ingestion de viandes provenant d'animaux tuberculeux puisse transmettre la maladie et la cuisson de la viande est une garantie de plus. Aussi, pour ne pas perdre une quantité considérable de viande de bœuf, lorsque le pays n'en a pas assez, pour répondre aux exigences de l'hygiène, on autorise la consommation de la chair des animaux de belle apparence qui n'ont que quelques tubercules disséminés dans les viscères, et la circulaire ministérielle du 28 juillet 1888, se borne à prescrire la saisie dans les cas où *la tuberculisation est généralisée, c'est à-dire non confinée exclusivement dans les organes viscéraux et leurs ganglions lymphatiques et lorsque ces lésions, bien que localisées, ont envahi la plus grande*

réconfortant, amenant peut-être à vos lèvres desséchées et pâlies un fugitif éclair de bien-être ?

En cela la femme est inimitable, et la gloire de sa maternité l'emporte à peine sur les merveilles de son dévouement.....

Mais, dans l'escalier, un pas se fait entendre. La porte s'ouvre et, dans cette même chambre, une autre femme vient d'entrer. Elle aussi s'approche du lit, elle aussi tâte le front et la main. Elle aussi interroge. Mais quelle différence ! Comme sa voix paraît banale et sèche ! Elle se penche, mais c'est pour ausculter, et le copieux édifice de sa coiffure la gêne. Bientôt, c'est fini ; elle va se retirer. Ah ! pardon ! Près d'un coin de table elle s'arrête, assure un ridicule binocle au-devant de ses yeux devenus myopes, et, sur un petit carré de papier, elle écrit : « Huile de ricin, 30 gr. Jaune d'œuf n° I. f.s.a. »

Pourquoi ne comprenez-vous pas, Mesdames, ce que vous perdez à ne pas vouloir rester vous-mêmes. Il y a une bien jolie pensée de Pascal, que ce grand esprit eût certainement modifiée ou complétée à votre intention, s'il avait vécu de votre temps ou que vous eussiez été du sien. Et voici, je crois, ce qu'il eût écrit : « La femme n'est ni homme ni bête, et qui veut faire l'homme... » Excusez-moi si je vous aime trop pour aller jusqu'au bout de ma franchise.

partie d'un viscère ou se traduisent par une éruption sur les parois de la poitrine ou de la cavité abdominale.

On trouve chez le bœuf, deux cysticerques : l'un pourvu de crochets, c'est le *Cysticercus tenuicollis* de Rudolphe, qui se transforme en *tœnia marginata*, l'autre qui en est dépourvu, c'est le *cysticercus inermis* qui donne naissance au *tœnia inermis* de Moquin-Tandon, *tœnia mediocan ellata* de Küchenmeister. Cette dernière espèce est la plus commune. Elle abonde en Algérie, en Tunisie, en Syrie, en Abyssinie, en Cochinchine. On la rencontre plus rarement en Europe, toutefois, les cas de *tœnia inermis* chez l'homme, ne sont pas rares, depuis qu'on a pris l'habitude d'y manger le bœuf saignant et de traiter certaines maladies chroniques par la pulpe de viande crue. Il importe donc de surveiller la viande de bœuf à ce point de vue.

Les muscles ptérygoïdiens, sont le siège favori du *cysticercus bovis*. C'est, par conséquent, là qu'il faut d'abord le chercher. Les muscles psoas et ceux de la cage thoracique en renferment beaucoup plus souvent que ceux des membres. En examinant ces régions avec attention, on découvre de petits kystes situés, en général, à la surface des muscles, plus rarement dans leur épaisseur et presque jamais dans les interstices cellulaires. Ils sont constitués par une enveloppe résistante, dont le contenu liquide renferme un ovule d'un blanc nacré, gros comme un grain de semoule et dans lequel le microscope permet de reconnaître le scolex du tœnia inermis.

Il faut, ou rejeter cette viande, ou ne la laisser consommer que bouillie en morceaux assez petits pour que la température s'élève, au centre, au moins à 50 degrés, le *cysticercus bovis* ne résistant pas à une température de 48 degrés.

COURRIER

—

Le docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, commandeur de la Légion d'honneur, qui vient de succomber à Paris, est une grande figure de la médecine militaire : c'est à lui qu'on doit l'introduction du sulfate de quinine en Algérie, aux débuts de la conquête, et l'emploi de cette substance pour combattre les fièvres paludéenues qui faisaient, à cette époque, tant de ravages dans nos troupes.

Le docteur Maillot est né à Briey (Lorraine), le 13 février 1804. Il entra dans le service de santé de l'armée, et en 1847 il était médecin principal et médecin inspecteur en 1852; en 1861, il avait reçu la croix de commandeur, il prit sa retraite en 1868, comme président du Conseil de santé des armées, après 45 ans de services et 13 campagnes.

C'est en 1834, que Maillot avait été envoyé en Algérie, où, dès le début, il substitua le sulfate de quinine à dose élevée à la médication antiphlogistique employée jusqu'alors, aux saignées et à la diète. Les résultats furent immédiats et inespérés, à ce point que a réputation du savant s'étendit d'un bout à l'autre de la colonie ; dans l'armée expéditionnaire, on ne parlait que du bon docteur, et les malades sollicitaient avec instance d'entrer dans le service de Maillot, où « l'on mourait si peu ».

En 1888, les Chambres ont voté à cet homme de bien une pension nationale de 6,000 francs, reversible sur sa femme. La ville de Briey, pays natal de Maillot, et la ville d'Alger ont donné son nom à deux rues, et le village florissant de Souk-el-Tleta, dans la province d'Alger, s'appelle aujourd'hui village de Maillot.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur ont été accordées comme suit: Médaille de bronze. — M. le docteur Isnard, à Carros : dévouement exceptionnel au cours d'une épidémie de diphtérie, qui a sévi au Broc (Alpes-Maritimes).

Médailles d'argent. — M. le docteur Durantin, à Saint-Just-en-Chevalet : dévouement exceptionnel au cours d'une épidémie de diphtérie, dans la commune de Juré (Loire); a contracté les germes de la maladie en soignant les malades ; — M. Giraud, infirmier à Roannes : s'est signalé au cours de diverses épidémies et notamment lors de l'épidémie récente de diphtérie, qui a sévie à Juré (Loire), et au cours de laquelle il s'est exposé à la contagion avec le plus grand dévouement.

— M. Retterer, agrégé, est chargé du cours de biologie à l'Hôtel de Ville, en remplacement de M. Pouchet, décédé.

— MM. les docteurs Dodré et Guyot sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Calais.

— M. Filhol, docteur ès-sciences, docteur en médecine, lauréat de l'Institut, sous-directeur du laboratoire de zoologie anatomique et physiologique de l'Ecole pratique des hautes études, est nommé professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Pouchet, décédé.

Asiles d'aliénés. — Voici les noms des candidats déclarés admissibles aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, à la suite du concours qui vient d'avoir lieu à cet effet dans les sept circonscriptions de la France :

Paris : MM. Pécharman, Berbez, Trenel et Croustel. — Bordeaux : M. Dubourdieu. — Lille : MM. Maupaté et Chocreaux. — Lyon : MM. Bourdin, Viallon et Alombert. — Montpellier : M. Monertio. — Nancy : MM. Hamel, Charnel et Paris. — Toulouse : M. Feneyrou.

Transport des préparations histologiques. — Une décision de l'Administration des postes de l'Union prohibe le transport par la poste de tout objet contenant des microbes ou des germes morbides, même en boîtes scellées. L'emballage le mieux conditionné ne suffit point, paraît-il, pour faire obstacle à la propagation des microbes. Les paquets contenant ces substances seront considérés comme renfermant des matières toxiques.

— Le Conseil supérieur de statistique s'est réuni vendredi 20 courant au ministère du commerce sous la présidence de l'un de ses vice-présidents, M. Edouard Millaud.

Il a entendu la lecture d'un rapport sur la statistique militaire et approuvé les conclusion de ce rapport qui tendent à : 1° faire publier par canton et non par départements la statistique des causes d'exemption du service militaire : 2° instituer pour les équipages de la flottes et les troupes de la marine des recensements de la mortalité et de la morbidité analogues à ceux existant pour l'armée de terre ; 3° faire compléter le signalement anthropométrique des conscrits recueillis par le recrutement.

Matériel de guerre. — L'administration centrale de la guerre vient de publier le compte général du matériel de guerre pour l'année 1891. Il résulte de cette récapitulation une augmentation de 51 millions environ sur le compte de 1890. Le total général est de 2 milliards 500 millions et demie, et, dans ce compte, nous relevons une somme de 58 millions, qui figure comme représentant la valeur du matériel des hôpitaux militaires.

Congrès de l'Institut britannique de santé publique. — C'est cette semaine que doit se réunir à Londres le Congrès organisé par l'Institut britannique de la santé publique. La plupart des questions d'hygiène à l'ordre du jour sont inscrites au programme.

— Le concours de médecine pour les prix à décerner en 1894 à MM. les internes de quatrième année, en fonction dans les hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le lundi 10 décembre 1894, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le concours de chirurgie et d'accouchement pour les prix à décerner en 1894 à MM. les internes de quatrième année, en fonction dans les hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le 13 décembre 1894, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription de ces deux concours restera ouvert de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Le concours pour l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 25 octobre 1894, à trois heures précises, à l'Hospice général, salle des séances.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire directeur des hospices de Rouen.

— Des démarches sont faites en ce moment par le préfet de la Seine auprès du Ministre des travaux publics pour obtenir l'autorisation d'acquérir un immeuble sis aux nos 33, 35 et 37 du faubourg St-Jacques. Cet immeuble servirait à l'extension des services de l'hôpital Cochin.

— *Nécrologie*. — MM. les docteurs Beno, médecin aide-major de première classe au 154e de ligne, et Delabrousse (de Darnétal), Bracou (de Vœilly-sur-Aisne), et Morel, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Le jury d'admission à l'Ecole de Bordeaux, 1894, est ainsi constitué :

MM. le directeur du service de Santé Merlin, président ; le médecin principal Palmade et le pharmacien en chef Bavay.

Les membres suppléants seront respectivement pour chacun des ports à école :

1° Pour la médecine : à Brest, M. le médecin principal Brémaud ; à Rochefort, M. le médecin de 1re classe Libouroux ; à Toulon, M. le médecin principal Fontan.

2° Pour la pharmacie : à Brest, MM. les pharmaciens principaux Rouhaud ; à Rochefort, Taillotte ; à Toulon, Perrimond-Trouchet.

Cette nouvelle composition du jury modifie celle prescrite par dépêche du 21 juin dernier.

— Sont promus dans le corps de santé des colonies : au grade de médecin en chef de 2e classe, M. Cazes ; au grade de médecin principal, M. Péthelaz ; au grade de médecin de 1re classe, MM. Chauveau, Marquehosse, Bouysson, Neyret, Buisson, Devaux, Quennec, Logerais ; au grade de médecin de 2e classe, MM. Lefèvre, Auzillon et Marigny ; au grade de pharmacien de 1re classe, MM. Roland et Liotard.

Les pas d'un médecin. — Un médecin d'une ville suisse, raconte le *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, a pris la peine de compter au podomètre ses pas pendant toute une année. Il a fait en 1893 un total de 9,760,900 pas mesurés, soit une moyenne quotidienne de 26,742, dont 1,500 à 2,000 sur des marches d'escalier. Dans ce nombre, il ne tient pas compte des petites allées et venues, par exemple dans son cabinet.

30,000 pas dans un jour lui causaient de la fatigue, et au-dessus de ce chiffre il persistait le lendemain de la raideur des jambes. Ce confrère prétend que, d'après le degré de fatigue ressenti à la suite d'une marche, il pouvait, sans consulter le podomètre, préciser à 100 près le nombre des pas faits.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène. — II. Du Castel : Pemphigus et pemphigoïdes. — III. Congrès d'hydrothérapie marine. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — V. Courrier.

HYGIÈNE

—

Les morphinomanes et les fumeurs d'opium (*suite et fin*) (1)

Il est comme nous l'avons dit, très difficile de guérir les morphinomanes, mais il est en notre pouvoir d'empêcher les gens de le devenir. La prophylaxie de cette intoxication redoutable est entre les mains des médecins et des pharmaciens, puisque ce sont le plus souvent les premiers qui prescrivent le poison et que ce sont toujours les seconds qui le délivrent.

Cette déplorable habitude a le plus souvent son point de départ dans un conseil médical, il faut donc s'en montrer sobre. On ne peut pas renoncer au plus admirable moyen de calmer la douleur qui ait jamais été découvert et priver des malheureux en proie à d'insupportables tortures d'un soulagement prompt et inoffensif tant qu'on en abuse pas ; mais autant il faut se montrer libéral dans son administration, quand il s'agit de pauvres cancéreux qui souffrent mort et misère et qui sont irrévocablement condamnés, autant il faut se montrer circonspect à l'égard des névropathes pour lesquels la pente est glissante. Quant aux excentriques, aux déséquilibrés, à tous ces candidats à la morphinomanie qui sont à mi-chemin de la névrose à la folie, il faut pour eux se refuser complètement à l'emploi de ce dangereux remède. Dans aucun cas le médecin ne doit confier au malade le soin de pratiquer lui-même ses piqûres, ni livrer la seringue à l'un de ses proches qui n'aura pas le courage de résister à ses instances.

Le rôle des pharmaciens est plus facile encore. Il consiste à se conformer aux lois qui régissent leur profession et qui leur interdisent de délivrer des subtances toxiques sans l'ordonnance d'un médecin Ils doivent même être toujours sur leur garde lorsqu'il s'agit de morphine et ne pas en délivrer indéfiniment sur la même ordonnance. Le médecin qui la formule doit indiquer l'époque à laquelle elle pourra être exécutée de nouveau et ne pas se laisser tromper par les malades qui sont, comme nous l'avons dit, menteurs et habiles à tromper. Il n'est pas de ruses que les femmes surtout n'emploient pour obtenir une nouvelle ordonnance à renouvellement. Elles affirment qu'elles ont perdu la première, qu'on la leur a enlevée ; elles donnent leur parole et si on se laisse persuader, elles vont chez un second pharmacien faire exécuter l'ordonnance nouvelle et se procurent ainsi une double dose de morphine.

---

(1) La loi du 21 germinal an XI leur défend de délivrer ou de débiter des préparations médicinales ou drogues composées quelconques, sans l'ordonnance du médecin. Le projet de loi sur la pharmacie qui est pendant le Sénat leur interdit seulement par son article 13 les substances toxiques et les médicaments composés doués de propriétés venimeuses.

Le traitement de la morphinomanie n'est pas du ressort de l'hygiène, toutefois il est une règle que nous devons poser, c'est qu'il n'y a de chances de guérison que dans l'internement. Le malade le plus désireux de se corrigér, s'il est livré à lui même, retombera fatalement dans son vice et le traitement à domicile ne peut mener à rien.

Il s'est formé depuis quelques années des asiles pour les morphinomanes. Le premier a été installé à Schœnberg-Berlin, par le docteur Edouard Levinstem. Peu de temps après, il en a été créé un second à Gratz en Syrie. En 1849, ce dernier renfermait 300 malades. Il existe en Amérique plusieurs établissements du même genre. On n'y est admis qu'après avoir signé l'engagement de se soumettre aveuglément au régime de la maison. Or, en Amérique, comme à Gratz, on procède par la suppression brusque et pour n'avoir pas à lutter contre la résistance des malades, on les enferme dans des cellules capitonnées comme celles des aliénés et on les laisse s'y débattre à l'aise.

Il s'est formé, à Neuilly, il y a quelques années, une maison de santé pour le traitement des maladies nerveuses, de la morphinomanie et de l'alcoolisme ; mais en dehors de cet établissement mixte, il n'y a pas d'endroits où l'on puisse interner les victimes du vice dont nous nous occupons.

L'habitude de fumer l'opium est beaucoup moins dangereuse que celle de s'injecter de la morphine. On se représentait autrefois les fumeurs d'opium comme des êtres abrutis, arrivés au dernier dégré de l'abjection et tombés dans un marasme spécial. Il paraît qu'il faut en rabattre et que la fumée de l'opium est inoffensive pour ceux qui n'en abusent pas. Les Anglais ont entrepris une véritable campagne pour réhabiliter une coutume de laquelle ils tirent des bénéfices considérables.

Dans une conférence récente, un des officiers les plus considérables de l'armée de l'Inde anglaise, M. Georges White, rendait compte d'une enquête faite, dans cette armée, sur les résultats comparatifs de l'alcool et de l'opium. Elle se compose de 71,000 européens qui consomment de l'alcool et de 15,000 cipayes qui font usage de l'opium ; or, presque tous les crimes commis par les Européens sont dus à l'alcool, tandis que c'est à peine, de l'avis des juristes indiens, si l'on en trouve un qu'on puisse attribuer à l'opium. Il en est de même de l'aliénation mentale. En 18.2, dans l'asile d'aliénés de Bombay, il y avait 44 pensionnaires qui y avaient été amenés par l'abus du *haschich*, 21 alcooliques et pas un seul individu ayant perdu la raison par suite de l'abus de l'opium.

Les médecins anglais tiennent le même langage. Le docteur Ayres, médecin colonial et inspecteur des hôpitaux de Hong-Kong, dans son rapport pour l'année 1891, dit avoir observé à la prison Victoria dont il a pris le service en 1873, plus de 1,000 Chinois adonnés à l'opium et qu'il n'a pu découvrir, chez aucun d'entre eux, de troubles intellectuels moraux ou physiques qu'il ait pu attribuer à cette habitude. Lorsqu'ils entrent en prison, on leur supprime brusquement l'opium, sans qu'il en résulte aucun inconvénient pour eux.

Le docteur Ayres arrive à conclure que l'opium peut être fumé en grandes quantités, sans effet toxique apparent, non seulement par les fumeurs habituels, mais aussi par les débutants et qu'il n'existe aucune observation authentique d'empoisonnement aigu par l'opium fumé. En tant qu'habitude

il estimé que celle de fumeur d'opium est moins nuisible que celle de fumeur de tabac.

L'introduction des boissons alcooliques par les Européens chez des peuples ayant des habitudes de tempérance, a fait mille fois plus de mal, à son avis, que l'opium n'en a jamais fait au Chinois. J'ai visité, ajoute-t-il, les fumeurs d'opium dans les différentes parties de la Chine et je n'ai jamais assisté à des scènes pareilles à celles dont on est témoin dans les maisons du même genre où les Européens se réunissent.

Les matelots indiens, dont un grand nombre sont adonnés à l'opium, n'en font pas moins d'excellents marins pleins de vigueur et de santé : « Vous ne « verrez jamais, dit en terminant le docteur Ayres (1), un des navires dont « ils composent l'équipage prendre la mer avec un tiers d'entre eux inca- « pables de faire leur service par le fait de leur habitude, mais vous verrez « à chaque instant un navire faire voile d'un port d'Angleterre, avec plus « *d'un tiers de l'équipage incapable de servir à cause de la boisson*, pendant « la descente de la Manche, mer si agitée » (2).

Nous laissons au médecin anglais la responsabilité d'une accusation aussi grave pour la marine de son pays ; mais nous sommes absolument d'accord avec lui sur les dangers bien supérieurs de l'alcoolisme. Quant à l'innocuité de la fumée d'opium, il pourrait bien entrer dans son opinion quelque peu de parti pris Notre confrère ne dissimule pas que, si l'on supprimait le trafic de l'opium dans l'Inde ce serait faire les affaires de la Chine au détriment des possessions anglaise et par conséquent de la métropole. Cet argument, qui n'a pourtant rien de médical, ne manque pas de poids à ses yeux. Cette considération commerciale n'a pas arrêté les habitants de l'Australie.

Une loi, qui vient d'être promulguée à Victoria, interdit l'usage de l'opium en dehors des cas où il est prescrit par les médecins. On estime que le Trésor public y perdra 250,000 francs par an.

L'innocuité de la fumée de l'opium est également affirmée par un médecin français, le docteur Nicolas, qui a expérimenté sur lui-même, ainsi que sur des Chinois et des Annamites, pendant un séjour de deux ans en Cochinchine et qui a relaté ses observations en 1884 dans sa thèse inaugurale (3).

« La fumée de l'opium, dit-il, est un excitant cérébral puissant. Elle est plutôt utile que nuisible au lettré qui n'en abuse pas, absolument comme le café nous est utile quand nous voulons fournir une somme de travail intellectuel considérable. C'est presqu'un aliment d'épargne pour le travailleur. En tout cas, il diminue ses fatigues en diminuant sa sensibilité, et lui donne quelques heures d'oubli et de repos. »

Les Chinois, d'après le docteur Nicolas, étaient adonnés à l'alcool depuis des milliers d'années, avant de faire usage du *Chandoo*. Samuelson, dans son histoire des boissons, en donne, dit-il, des preuves irréfutables ; or, les victimes de l'opium sont relativement moins nombreuses que celles de

(1) Docteur Ayres. Rapport sur les fumeurs d'opium, traduit de l'anglais par le docteur Ambiel, médecin principal de la marine. (*Archives de médecine navale* 1894, T. LX., p. 357.)

(2) H. Nicolas. Quelques recherches sur les effets physiologiques du Chandoo (opium des fumeurs). Thèse de Montpellier, 1884.

(3) H. Nicolas. Effets physiologiques du *Chandoo*, loc. cit., p. 54.

l'alcool et sont surtout moins à plaindre. Le sombre tableau de celui qui fume avec excès ne doit pas faire oublier que, dans l'immense majorité des cas, le *Chandoo* n'est pas nuisible et qu'il est parfois utile (1).

Ces observations précises, recueillies avec soin par des médecins qui ont acquis une longue expérience du sujet, prouvent évidemment qu'on s'est exagéré les inconvénients de la fumée de l'opium. Cependant le vieux Chinois abruti par le *Chandoo* n'est pas un type de fantaisie. Tous ceux qui ont parcouru l'Extrême-Orient l'ont trouvé sur leur route et, pour ma part, j'en ai vu de bien remarquables spécimens dans une fumerie de Rangoon, où le hasard m'avait conduit. Il paraît que ce sont là des exceptions et que l'opium n'est véritablement nuisible qu'à ceux qui s'y livrent avec excès et surtout à ceux qui font usage d'un produit de mauvaise qualité.

L'abus n'est pas commun chez les Orientaux. Nous avons vu que la quantité maximum de *chandoo* qu'ils consomment par jour, équivaut à 4 centigrammes de morphine; en général, ils ne dépassent pas 3 gr. 50 de cet extrait aqueux qui renferme 8 p. 100 de morphine. Cela fait donc 28 milligrammes comme dose ordinaire et 3 centigrammes pour les habitués; mais la majeure partie de l'alcaloïde est détruite par la combustion et on estime que la quantité qui se volatilise et est respirée n'en dépasse pas le dixième C'est donc 2 à 3 milligrammes de morphine qu'absorbe le fumeur ordinaire dans sa journée et c'est bien peu de chose à côté de la quantité que le morphinomane en introduit en solution dans son tissu cellulaire et dont pas un atome n'est perdu.

On estime à 20 centigrammes, la goutte de chandoo que renferme une pipe. Il suffit donc d'en fumer une vingtaine pour absorber la quantité de morphine indiquée plus haut; mais les fumeurs endurcis ne s'arrêtent pas là et ce sont surtout les Européens qui fument avec excès, quand ils en ont une fois contracté l'habitude. Les médecins dont nous avons consulté les travaux sont unanimes à cet égard. Or, l'un d'eux affirme que les trois quarts des blancs qui séjournent dans les colonies asiatiques sont, qu'ils l'avouent ou qu'ils le cachent, des fumeurs d'opium avérés (1).

La mauvaise qualité du produit contribue également à produire les effets toxiques qu'ils ressentent. Le bon *chandoo* ne ressemble en rien à l'extrait d'opium des pharmacies. C'est une préparation spéciale qui se fait en grand dans les manufactures et les ouvriers qui font bouillir l'opium et font ensuite sécher le produit jouissent d'une santé parfaite, bien qu'ils respirent plus de principes vicieux que le fumeur.

Le *chandoo* a une odeur suave et pénétrante que n'a pas l'extrait des pharmacies. Il suffit de quarante-huit heures pour préparer celui du Codex; tandis qu'il faut six mois pour obtenir un chandoo propre à la consommation. Celui que fournissent les bouilleries de Canton, de Saïgon, de Hanoï est excellent; mais la contrebande en introduit dans la consommation des quantités énormes. Les Chinois sont les plus habiles fraudeurs du globe, et leurs contrebandiers n'hésitent pas à faire le coup de feu à la frontière du Tonkin pour faire passer leurs marchandises. Il n'y a pas d'année où l'on ne surprenne sur le fleuve Don-Naï, quelques barques chargées d'opium falsifié que les indigènes achètent avec empressement à cause de son prix

(1) Emile Genglaire, Le Chandoo (*Science moderne*, n° du 5 août 1893, p. 91).

de beaucoup inférieur à celui de la ferme française. On trouve dans ce produit infect des pulpes de fruits, de la cire, du galipot, du cachou et des débris de mauvais opium. Ces mélanges hétérogènes sont, à ce qu'il paraît, plus dangereux que l'opium lui-même. Quoiqu'il en soit, la fumée du *chandoo* est moins dangereuse que l'injection de morphine et son abus loin d'être aussi pernicieux que celui de l'alcool.

Jules ROCHARD.

Hôpital Saint-Louis. — M. DU CASTEL

Pemphigus et pemphigoïdes

Messieurs,

J'ai l'intention de consacrer quelques leçons à l'étude du pemphigus et des affections pemphigoïdes.

Les dermatologistes sont loin d'être d'accord sur la valeur qu'il convient de donner au mot pemphigus : pour quelques-uns, ce qualificatif est applicable à toutes les affections bulleuses ; toute affection cutanée caractérisée par la lésion élémentaire bulle, a droit au nom de pemphigus ; avec cette manière de comprendre le mot pemphigus, son sens devient des plus élastiques et des plus vastes et si on l'applique dans toute sa rigueur, on arrive avec Bazin à ranger dans le pemphigus des affections bulleuses de peu d'importance, comme les bulles qui peuvent succéder à l'application d'un vésicatoire, à une brûlure à côté de nos grandes dermatites bulleuses, à côté des pemphigus aigus et chroniques aux grandes allures. Hardy ne pouvait s'empêcher de protester contre une conception aussi vague du pemphigus ; pour lui, l'existence d'une ou plusieurs bulles ne suffisait pas à caractériser le pemphygus, il fallait encore que le développement de ces bulles eût lieu spontanément et successivement. L'éminent professeur réclamait une place à part pour les pemphigus ; c'était pour lui une affection bulleuse spéciale qu'il déclarait n'avoir rien des propriétés des affections dartreuses, syphilitiques, scrofuleuses, qu'il rangeait dans les affections inflammatoires, tout en reconnaissant que souvent une influence générale mal définie présidait à la naissance de cette affection. Le pemphigus, pour Hardy, comprenait les trois variétés aiguë, chronique, foliacée.

M. Besnier a retranché du pemphigus du professeur Hardy, le pemphigus aigu, qui paraît trouver sa place plus exacte dans les érythrodermies bulleuses, dans les hydroas, et il a proposé de réserver le nom de pemphigus à l'ancien pemphigus vulgaire, au pompholix diutinus de Willan et Bateman et de qualifier les autres affections bulleuses de pemphigoïdes.

Malgré tout ce que la nomenclature proposée par l'éminent maître de l'hôpital Saint-Louis présente de logique et de netteté, un temps prolongé sera probablement nécessaire encore, en France et surtout à l'étranger, avant de faire abandonner la qualification de pemphigus pour un certain nombre d'affections auxquelles elles sont appliquées depuis longtemps, pour le pemphygus syphilitique, pour le pemphigus des nouveau-nés, etc. Pour faciliter la période actuelle de transition, M. Tennesson a proposé de qualifier le pemphigus chronique de pemphigus vrai, de pemphigus de Bes-

nier en reconnaissance de la netteté avec laquelle ce maître a précisé l'individualité, la gravité, les caractères propres de cette affection.

Etudions les principales conditions dans lesquelles les affections bulleuses se présentent ; cette étude vous sera un acheminement solide pour la compréhension des différentes classifications, des différentes dénominations de ces affections.

Les bulles sont des élevures de la peau de grandes dimensions ; elles sont dues au soulèvement de la couche cornée de l'épiderme par un liquide non purulent, le plus souvent séreux, quelquefois sanguinolent. La forme des bulles est le plus souvent régulièrement arrondie, globuleuse, hémisphérique ; quelquefois ovalaire, irrégulière ; ces dernières formes sont souvent dues au développement de la lésion au niveau d'un pli, à la confluence de plusieurs éléments voisins. Le volume des bulles est très variable, il peut être celui d'un pois, d'une amande ; il est des bulles qui recouvrent le dos entier de la main, le dos du pied, il en est même de dimensions plus considérables ; mais des bulles aussi volumineuses sont ordinairement dues à la fusion de plusieurs bulles moins importantes : il est des bulles très petites, miliaires, du volume d'une vésicule, histologiquement bulles et vésicules se distingueraient par l'absence de dégénérescence vésiculeuse des cellules du corps muqueux de Malpighi dans un cas, par sa production dans l'autre ; cliniquement, il n'existe guère de moyens de diagnostic d'éléments si petits ; la bulle se fait cependant toujours remarquer par sa tendance aux formes globuleuses, la vésicule par sa tendance aux formes acuminées ; la bulle étant uniloculaire (Leloir) tandis que la vésicule est multiloculaire, une piqûre faite avec une aiguille permet au contenu de la bulle de s'écouler avec beaucoup plus de facilité que celui de la vésicule.

La bulle peut être fortement distendue par le liquide qu'elle renferme ; elle est, au contraire, flasque et ridée, quand le contenu en est peu abondant ; c'est un élément naturellement transparent puisqu'il renferme une sérosité claire ; il devient opaque quand son contenu est louche et surtout sanguinolent. Certaines bulles à contenu fibrineux ou séro-purulent laissent déposer dans les zones déclives les particules solides contenues dans le liquide, et la bulle présente alors deux zones distinctes, une supérieure transparente correspondant au contenu liquide, une inférieure opaque correspondant au précipité solide.

La bulle suppure quelquefois ; la suppuration, en pareil cas, est généralement le résultat d'une infection secondaire. Le docteur Triboulet, alors qu'il était l'interne de mon collègue Tenneson, a montré, chez un malade atteint de dermatose bulleuse chronique, qu'il était possible à volonté de laisser suppurer les bulles ou de les en empêcher. L'apparition des bulles était précédée pendant plusieurs heures de picotements prémonitoires indiquant le point des téguments dans lequel une bulle était en préparation. Il suffisait, pour prévenir la suppuration, d'aseptiser ce point et de le recouvrir d'un verre de montre ; la bulle se développait sous le verre de montre et ne suppurait pas : toute bulle pour laquelle cette précautien n'avait pas été prise, suppurait. Suivant qu'on laissait la bulle en communication avec l'extérieur ou non, suivant qu'on laissait l'infection extérieure se produire librement ou qu'on la prévenait, il y avait donc ou non suppuration.

Les éruptions pemphigoïdes reconnaissent une série de causes absolument différentes, sont l'expression d'affections de nature, d'allure, de gravité absolument dissemblables.

Eruptions bulleuses consécutives aux affections du système nerveux

Les maladies, les traumatismes du système nerveux nous fournissent une démonstration pour ainsi dire expérimentale de l'origine souvent nerveuse des éruptions bulleuses de la peau.

Les lésions des nerfs périphériques sont assez souvent accompagnées d'éruptions bulleuses, qui se développent très rapidement et se reproduisent de temps à autre sur le territoire cutané du nerf lésé ; les exemples de ce genre sont aujourd'hui nombreux dans les traités de chirurgie.

A la suite de plaies de l'avant-bras, on a vu des bulles de pemphigus se développer au niveau de la main sur le territoire des nerfs dont le tronc avait été compris dans la plaie; même phénomène a été observé sur le membre inférieur au cours de la sciatique. Charcot considérait comme le résultat de névrites locales les éruptions bulleuses dont on observe assez fréquemment le développement au niveau de cicatrices anciennes, particulièrement de cicatrices de vésicatoires, de plaques de sclérodermie (Hallopeau).

Les lésions de la moelle s'accompagnent aussi fréquemment de la production de lésions bulleuses. Couyba a rassemblé un certain nombre d'exemples de lésions traumatiques de la moelle ayant été suivies de poussées de pemphigus ; Brown-Séquard, Charcot, Dujardin-Beaumetz ont mentionné la production de cet accident au cours de méningites spinales aiguës ; Grimshaw, dans la méningite cérébro-spinale. Le même phénomène a été observé au cours de myélites chroniques, de mal de Pott (Gaillard, Mayet, Charcot, Vulpian, Chvostek, Leloir, Quinquand, etc.), Balmer l'a observé au cours de l'atrophie musculaire progressive.

Des éruptions pemphigoïdes ont été observées à la suite de lésions encéphaliques. Romberg, Hesseling, Chvostek, Brissaud, Rendu ont publié des observations de pemphigus chez des sujets hémiplégiques. Vous pouviez voir ces temps derniers venir à notre consultation externe une malade, ancienne syphilitique, atteinte d'hémiplégie du côté droit et chez laquelle des poussées d'éruption pemphigoïde se produisent de loin en loin sur le membre supérieur du côté paralysé. Déjerine a observé le développement du pemphigus au cours de la paralysie générale. La production de cet accident au cours de la manie aiguë, de la folie a été signalée.

(La fin au prochain numéro).

Congrès d'hydrothérapie marine

Tenu à Boulogne-sur-Mer, du 25 au 29 juillet 1894

—

Ce Congrès, auquel on donne encore le nom de *Congrès de Thalassothérapie*, est le premier de son genre. Il est dû à l'initiative des médecins boulonnais et nulle ne pouvait être mieux choisie que la ville natale de Duchenne (de Boulogne).

Le comité d'organisation, présidé par MM. les docteurs Ovion et Aigre, maire de la ville, ayant comme secrétaire M. le docteur Houzel, n'a rien négligé pour s'attirer des adhérents et charmer leur court séjour dans la cité boulonnaise.

Aussi les congressistes ont-ils été nombreux Signalons parmi les assistants : M. Armaingaud, de Bordeaux; MM. Richelot, Letulle, Quénu, Doléris, Desnos, Faisans, Catex, Ruault, de Paris ; M. Doyen, de Reims; M. Brullé, de Hesdin ; Keser, de Londres ; M. Guermonprez; M. Thiriar, de Bruxelles; M. Deschamps, de Lièges ; M. Rochet, d'Anvers ; J. Casse, etc., etc.

Les congressistes ont été reçus d'une façon charmante par M. Aigre, maire de Boulogne.

Le Congrès a tenu ses séances dans la salle de la mairie. Rarement un cadre aussi beau a été mis à la disposition de congressistes. On siège dans la salle des fêtes décorée de tableaux et de boiseries et tendues de draperies rouges.

M. le docteur Ovion, président du comité d'organisation locale, ouvre le Congrès en souhaitant la bienvenue aux confrères.

M. le préfet offre au nom du gouvernement la bienvenue aux membres du Congrès. Il rappelle l'intérêt pratique de ces études et déclare que le gouvernement, loin de s'en désintéresser, les suit avec un intérêt particulier.

M. Verneuil, président d'honneur, prend alors la parole et rappelle dans un éloquent discours l'intérêt puissant de la question aujourd'hui soulevée pour la première fois dans un Congrès par la ville de Boulogne-sur-Mer. Il est temps qu'on sache à quoi s'en tenir sur la thalassothérapie et quelles ressources thérapeutiques importantes nous possédons dans la mer. Il rend hommage à Duchenne, de Boulogne, méconnu pendant sa vie, et qui, sans titres et sans fonctions officielles d'aucune sorte, a créé de nouvelles maladies et renouvellé nos idées sur les maladies du système nerveux.

On passe ensuite au scrutin. M. Letulle est nommé président : MM. Verneuil, Bergeron et Bouchard (de Paris), présidents honoraires ; MM. Thiriar (Bruxelles), Casse, Richelot, Keser (Londres), Casse (Middekkerque), Lannelongue, Ch. Leroux, Quénu, Van Merris, Lenoël père (d'Amiens), Guermonprez, Armaingaud et Hamy, présidents d'honneur. M. Houzel est nommé secrétaire général, et MM. Dutertre, Kan et Lanicot, secrétaires.

Nous analyserons dans nos prochains numéros les plus importantes communications.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

—

Séance du 27 juillet. — Présidence de M. Ferrand

Sur les complications cardiaques de la fièvre typhoïde

M. Huchard vient d'affirmer une fois de plus que, dans la fièvre typhoïde, les accidents cardiaques sont dus souvent à de simples *troubles fonctionnels* de l'innervation cardiaque. Dans de tels cas on ne peut pas plus trouver de lésions nerveuses qu'on en peut trouver pour expliquer la bradycardie des ictériques, des convalescents, des nou-

velles accouchées, ou pour expliquer encore les phénomènes d'empoisonnement par la strychnine ou le curare. De même, l'action des toxines microbiennes peut être seulement de nature *fonctionnelle* sur les organes ; M. Roger a constaté que les toxines sécrétées par le bacillus septicus putridus déterminent seulement du côté du cœur des troubles fonctionnels se terminant par la mort.

La clinique est donc intéressée à savoir distinguer ce qui, dans la fièvre typhoïde appartient à la myocardite, et ce qui est le résultat d'un trouble de fonctionnement de l'innervation cardiaque.

Diagnostic de l'angine diphtérique. Traitement par le permanganate de potasse

M. Catrin (Val-de-Grâce) a examiné, du 15 décembre 1893 au 1er mai 1894, 28 angines pseudo-membraneuses qui avaient été considérées comme diphtériques.

Or, dans 8 cas seulement, il trouva le bacille de Lœffler.

Ce fait démontre donc une fois de plus que le diagnostic de la nature diphtérique d'une angine est extrêmement difficile, et que l'on doit toujours, pour affirmer ce diagnostic, avoir recours à l'examen bactériologique.

Cet examen comporte d'abord la préparation d'une parcelle de l'exsudat et sa coloration par la méthode de Gram. Mais on sait que cet examen direct n'a qu'une faible valeur.

Les cultures sur sérum donnent des résultats plus sûrs ; en 20 heures, quelquefois même en 15 heures, M. Catrin a obtenu des colonies bien développées. On doit alors examiner ces colonies au microscope, car il est quelques cocci qui poussent aussi vite sur sérum et donnent des colonies d'aspect presque semblable.

Enfin, lorsqu'on trouve dans les cultures un bacille présentant les caractères de celui de Lœffler, on doit en pratiquer l'inoculation à des animaux, afin d'éviter toute cause de confusion, en particulier avec le bacille pseudo-diphtérique.

Quant au traitement, M. Catrin a employé les attouchements au permanganate de potasse en solution au 1/20e et les lavages avec une solution plus étendue de ce sel.

Ce traitement a donné d'assez bons résultats (75 p. 100 de guérison), inférieurs cependant à ceux que M. Moizard a obtenus avec le sublimé.

Mais le permanganate a l'avantage sur l'acide phénique de n'être ni désagréable, ni douloureux, ni caustique et sur le sublimé celui de n'être toxique qu'à des doses considérables.

Le permanganate est très efficace aussi dans les angines d'autre nature.

M. Sevestre a vu employer le permanganate en poudre mélangé à parties égales avec une poudre inerte ; il n'y eut aucun accident d'irritation ni d'intoxication.

M. Rendu a employé une solution au 1/20e de permanganate de potasse dans des cas d'angine gangréneuse , les résultats ont été des plus favorables.

Naphtol camphré dans la péritonite tuberculeuse

M. Rendu lit, au nom de M Spillmann, une observation de péritonite tuberculeuse chez un jeune garçon de 13 ans qui présentait en même temps des signes de bacillose pleurale et pulmonaire. L'ascite était assez notable. Après avoir retiré de l'abdomen 850 grammes de liquide (dont une partie fut inoculée à un cobaye qui mourut plus tard de tuberculose), M. Spillmann injecta dans le péritoine 10 grammes d'une solution de naphtol camphré.

Les résultats furent excellents. L'enfant guérit non seulement de sa péritonite tuberculeuse, mais même les signes pulmonaires et pleuraux disparurent aussi.

M. Manquat rappelle que la péritonite tuberculeuse guérit souvent seule; il pense qu'il n'est indiqué de recourir aux injections intra-péritonéales que lorsque l'on constate nettement que la péritonite n'a aucune tendance à guérir spontanément.

M. Rendu : Les injections intra-péritonéales de naphtol camphré modifient profondément les lésions de la séreuse et entravent l'évolution des granulations tuberculeuses.

D'autre part, la péritonite tuberculeuse si elle guérit spontanément, récidive très facilement. Le naphtol camphré aide puissamment à la guérison et il est probable qu'il empêche, au moins dans une certaine mesure, les récidives.

Recherches sur l'action du bicarbonate et du citrate de soude sur la digestion stomacale

MM. Albert Mathieu et Laboulais, interne en pharmacie : Des recherches qu'ils ont faites sur deux internes de la Maison de santé, MM. Albert Mathieu et Laboulais tirent les conclusions suivantes:

1° L'ingestion de cinquante centigrammes de bicarbonate de soude, une demi-heure avant le repas, n'a aucune influence appréciable sur l'état chimique du suc gastrique, l'extraction du liquide étant faite au bout de quarante minutes après le repas d'épreuve d'Ewald.

2° L'administration de 3 grammes de bicarbonate de soude une demi-heure, puis une heure avant le repas d'épreuve a augmenté le chlore total et les chlorures alcalins, mais dans une mesure moindre qu'elle n'a abaissé la somme de l'acide chlorhydrique libre et combiné; il y a donc eu, en somme, diminution de la sécrétion chlorhydrique.

3° En donnant 3 grammes de bicarbonate de soude une heure avant le repas d'épreuve et en faisant l'extraction du contenu de l'estomac au bout de trente minutes, au lieu de quarante, nous avons constaté une diminution plus marquée encore de la sécrétion chlorhydrique.

4° Le volume du liquide stomacal, lorsqu'on a donné 3 grammes de bicarbonate de soude une demi-heure et une heure avant le repas d'épreuve, et qu'on a fait l'extraction au bout de quarante minutes, a été notablement au-dessous de la moyenne, surtout dans l'expérience dans laquelle on a donné le bicarbonate de soude une heure avant le repas (50 centimètres cubes au lieu de 118).

Au contraire, l'extraction ayant été faite au bout de trente minutes seulement, 3 grammes de bicarbonate ayant été donnés une heure avant, on a trouvé 205 centimètres cubes, quantité supérieure à la moyenne.

Le bicarbonate de soude donné à la dose de 3 grammes avant le repas, paraît donc avoir accéléré l'évacuation du contenu stomacal.

5° Chez un jeune homme atteint d'hyperchlorhydrie légère, sans hyper-sécrétion, la prise d'un gramme de citrate de soude, une demi-heure avant le repas d'épreuve, avait légèrement diminué la sécrétion chlorhydrique au bout de quarante minutes; la prise d'un gramme de citrate une heure avant, a, au contraire sensiblement augmenté cette sécrétion.

6° Chez cette même personne, la prise de 4 grammes de bicarbonate de soude par jour (2 grammes avant chaque repas — un gramme pendant, un gramme après) a, dans les analyses faites au bout de huit à quinze jours, été suivie d'une diminution sensible de la sécrétion chlorhydrique.

Le volume du liquide stomacal était aussi diminué: il y avait donc eu, soit diminution de la quantité du suc gastrique sécrété, soit, ce qui nous paraît plus vraisemblable. évacuation plus rapide du contenu de l'estomac.

7° Le fait d'avaler ou de rejeter la salive entre le repas d'épreuve et l'extraction du

contenu de l'estomac, n'a pas amené de modification sensible dans le chimisme gastrique.

Le streptocoque de la bouche normale et pathologique

MM. Widal et Besançon poursuivent leurs recherches sur la présence du streptocoque dans la bouche; déjà, dans une précédente communication, ils avaient établi l'existence constante de ce microorganisme dans la bouche des individus sains. Leurs recherches ont porté également sur la bouche de sujets atteints de maladies générales ou d'affections de la muqueuse bucco-pharyngée : érysipélateux, scarlatineux, rubéoliques, varioleux, typhiques, pneumoniques, grippés, phtisiques, etc. ; il y avait trois malades atteints d'angine pseudo-membraneuses, deux angines diphtériques, quatre angines pultacées, trois angines phlegmoneuses; enfin, un cas d'ulcérations tuberculeuses de la gorge. Chez ces 49 personnes, il y avait du streptocoque en abondance dans la bouche.

MM. Widal et Besançon pensent que les essais tentés en Allemagne surtout pour établir des classes de streptocoques d'après la longueur des chaînettes, leur action liquéfiante ou non sur la gélatine, leur coloration ou leur non coloration par le grain, etc., n'ont aucune valeur. Ces caractères ne sont pas constants pour un même streptocoque et se modifient dans une même culture pure sans qu'on en connaisse la raison.

Il était plus intéressant de rechercher le degré de virulence de chacun de ces streptocoques. Pour l'établir, MM. Widal et Besançon ont pris comme terme de comparaison la production de l'érysipèle de l'oreille chez le lapin.

Les streptocoques de la bouche normale n'ont jamais donné ni érysipèle ni septicémie,

Ceux provenant de la bouche de dix érysipélateux occasionnèrent une fois une septicémie et la mort au troisième jour, et deux fois un érysipèle typique.

Les autres streptocoques retirés de la bouche de personnes atteintes d'affections multiples ne donnèrent d'érysipèle au lapin que dans un seul cas où il s'agissait d'une angine pseudo-membraneuse non diphtérique.

Si tous les streptocoques ne sont pas virulents, il ne faut pas oublier cependant qu'ils peuvent acquérir dans certaines circonstances des qualités pathogènes.

COURRIER

—

Par décret, en date du 25 juillet 1894, sont nommés :

MM. de Nabias, professeur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; Meyer, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy; Simon, professeur de pathologie générale et pathologie interne à la Faculté de médecine de Nancy; Prenant, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décret en date du 25 juillet 1894, la chaire de thérapeutique et hygiène de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est supprimée à dater du 1er novembre 1894.

Il est créé à ladite école une chaire d'histologie.

— Un groupe de médecins de la Drôme et de l'Ardèche, ont adressé une pétition aux Chambres pour réclamer une loi interdisant aux nourrices de prendre un nourrisson avant que leur dernier enfant ait atteint l'ège de 14 mois révolus.

D'après les médecins une telle loi aurait pour effet d'abaisser de 7 pour 100 au moins la mortalité du premier âge. On ne trouvera plus alors de nourrices.

LES ÉTUDES PRÉPARATOIRES A LA MÉDECINE. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la lettre suivante :

Je vous prie de faire rappeler aux élèves des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort qui se destinent aux études médicales :

1° Que ceux d'entre eux qui seront pourvus du baccalauréat ès sciences en même temps que du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ou l'ancien baccalauréat ès lettres, avant la clôture des registres d'inscription en novembre prochain, pourront commencer et achever leurs études médicales sous le régime du décret de 1878. Ils seront admis à prendre leur première inscription de médecine au trimestre du 4 novembre prochain ;

2° Que ceux qui n'auraient pas obtenu le diplôme de bachelier ès sciences restreint au plus tard à la session de novembre 1894, seront tenus de faire dans une Faculté des sciences, ou, dans le cas spéficifié par l'article 7 du décret du 31 juillet 1893, près d'une Ecole de médecine, l'année d'études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles institué par le susdit décret.

Passé la session de novembre 1894, il ne sera plus délivré de diplômes de bachelier ès sciences restreint.

VICTIME DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — M. Donsen, interne à l'hôpital Lariboisière, vient de mourir à la suite d'une fièvre typhoïde contractée près de ses malades.

— M. Camille Saint-Saëns, à une des dernières séances de la Société d'anthropologie a offert une curieuse collection d'empreintes de pintaderas rapportées de son voyage aux îles Canaries. Ce sont des bois où les anciens Guanches ont sculpté en relief des dessins géométriques. On imprégnait ces dessins de couleurs et on les appliquait sur la peau. Ce dessin s'imprimait de la sorte et formait des tatouages réguliers.

LES MÉDECINS MILITAIRES ET LE PROJET DE LOI MARMOTTAN. — Un projet de loi a été présenté par M. Marmottan sur la *réorganisation du corps de santé militaire*. Ce projet a pour but de donner aux médecins militaires les mêmes droits et prérogatives qu'aux autres officiers de l'armée : ce qui a lieu dans presque toutes les armées européennes, et l'on ne s'explique guère cet ostracisme dont sont frappés en France les médecins de notre armée.

« N'est-il pas inique, dit à ce sujet le *Progrès militaire*, de voir les armées les plus féodales de l'Europe reconnaître au médecin la qualité d'officier, alors que la France la lui refuse et le traite un peu en paria ? Le médecin militaire n'est-il pas le seul, dans l'armée, à partager en tout, partout et toujours la vie de l'officier dont il n'a ni les droits ni les prérogatives ? En temps de guerre, n'est-il pas le seul, non officier, qui assiste la troupe sur le champ de bataille, médecin régimentaire, à 600 mètres de la ligne de feu, à côté des réserves du corps. »

Cette situation des médecins militaires est un déni de justice qui n'existe plus guère que dans notre armée. Il s'agit de le réparer. Et, pourtant, on parle de tentatives faites pour annihiler le projet Marmottan et écarter toute discussion publique. On dirait qu'on craint de voir exposée au grand jour la situation légale des médecins militaires. Nous espérons qu'il n'en est rien et que justice finira par être rendue à ce sujet de même que l'on arrivera à comprendre que la place du médecin civil dans l'armée est au *service médical*, et non au fusil ou au canon.

(*Trib. Méd.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I Bulletin. — II. Du Castel : Pemphigus et pemphigoïdes. — III. Revue de la presse étrangère (chirurgie). — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Jugement rendu par le tribunal de Cusset. — VI. Courrier.

BULLETIN

A propos du Congrès de Lyon

A la suite du terrible attentat de Lyon, beaucoup de chirurgiens se sont demandés ce qu'allait devenir le Congrès de chirurgie dans une ville en deuil. Nous pouvons aujourd'hui rassurer complètement le public chirurgical à cet égard.

Le secrétaire général a eu l'heureuse idée de provoquer ces jours-ci une réunion du comité local et s'est rendu lui-même à Lyon pour prendre les dernières dispositions relatives à ce Congrès.

Rien ne sera changé aux dispositions déjà prises. D'ailleurs, la Société française de dermatologie devance les chirurgiens et vient tenir ses séances le 2, 3 et 4 août.

De même, le Congrès de médecine interne tiendra sa première session le 25 octobre.

Le comité local du Congrès de chirurgie n'a pas cessé, depuis sa formation, de travailler au succès des congrès.

Outre les réceptions qui auront lieu, comme au Congrès de dermatologie, aucun détail ne sera omis pour rendre aux chirurgiens le séjour de Lyon agréable.

Des hôtels et des restaurants choisis spécialement par un des membres du comité seront indiqués aux membres du Congrès par une circulaire qui va leur être envoyée ; nous ne pouvons que remercier, au nom de tous les chirurgiens, le membre du comité, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, qui ne veut rien négliger pour assurer aux congressistes bonne table et bon gîte.

De son côté, le secrétaire général s'est mis en rapport avec la Société médical d'Aix, pour préparer une excursion très intéressante à Aix et au Revard, qui sera offerte aux chirurgiens et à leur famille dans des conditions de prix exceptionnels.

A en juger par les efforts du comité local et du secrétaire général, nous sommes en droit d'espérer, malgré les bruits pessimistes qu'on a fait courir, que la session de Lyon constituera un beau succès pour Lyon et la chirurgie lyonnaise.

Hôpital Saint-Louis. — M. Du Castel

Pemphigus et pemphigoïdes

(*Suite.*)

Les relations du pemphigus avec l'hystérie ont été particulièrement signalées par Schulze, Gailleton, Pick, Hebra, qui a décrit un pemphigus hystericus sont la dépendance de troubles réflexes produits par l'utérus gravide. Vous pouvez voir dans notre service une jeune fille de vingt ans sur le bras de laquelle évolue d'une façon continue depuis plus d'un an,

(1) Voir l'*Union médicale* du 31 juillet.

une éruption pemphigoïde. C'est d'abord au niveau des doigts que les bulles se sont montrées, puis progressivement et de proche en proche, elles ont gagné des régions plus centrales du membre supérieur : à mesure que les régions nouvelles s'envahissent, les régions primitivement atteintes guérissent et reprennent leur état normal : Aujourd'hui l'éruption est arrivée à la partie supérieure du bras, elle est limitée au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde et près du creux de l'aisselle, la main, l'avant bras, la partie inférieure du bras, après avoir été successivement envahis, ont repris aujourd'hui leurs caractères normaux. L'anesthésie du membre malade, la diminution considérable du champ visuel du même côté inscrivent le malade au nombre des hystériques. L'occlusion de la région malade au moyen de l'emplâtre à l'huile de foie de morue suffit a empêcher le développement des bulles; la cessation de ce pansement, en permettant l'irritation produite par le contact de la peau avec l'air et les vêtements, est immédiatement suivi de la reproduction des bulles.

L'apparition périodique du pemphigus au niveau de l'époque menstruelle (pemphigus hystéricus), sa production à la suite d'une émotion morale vive sont des faits maintes fois observés par les dermatologistes.

Les troubles de la sensibilité sont fréquents au niveau des bulles de pemphigus.

Déjerine, Yarisch ont pu constater une névrite parenchymateuse des plus nettes des nerfs cutanés sous-jacents aux parties atteintes d'éruption pemphigoïde aigu. Le professeur Leloir a relevé la même lésion chez un malade atteint de pemphigus diutinus datant de plusieurs années.

J'eus l'occasion de donner l'an dernier mes soins à une malade, agée d'une soixantaine d'années, dont l'affection avait débuté à la suite d'une série d'épreuves morales graves. Des bulles se montrèrent d'abord sur le front à la racine des cheveux et sur le thorax ; l'éruption se généralisa rapidement ; la muqueuse de la bouche fut profondément atteinte. La production de l'éruption s'accompagnait de démangeaisons intolérables et de cuisson ; il y eut de l'insomnie, du délire, de la diarrhée ; la température s'éleva à 40° Un amaigrissement prononcé survint. Je craignis qu'un dénouement fatal et rapide ne fut la conclusion d'une atteinte aussi grave à la santé, et cependant après quatre mois d'une situation aussi inquiétante l'éruption commença à s'éteindre, l'état général s'amenda et la guérison survint. Il me sembla que le diagnostic devait être pemphicus d'origine nerveuse. Depuis j'ai revu la malade, il n'y avait plus une bulle à la surface du corps, mais une éruption abondante de lichen plan, affection d'origine éminemment nerveuse, ce qui me confirma dans l'opinion que l'affection bulleuse précédente devait bien être considérée comme le résultat des grandes perturbations nerveuses qu'elle avait subies.

Les éruptions bulleuses peuvent se montrer à tout âge ; on peut les observer dès la première enfance, dès les premiers jours qui suivent la naissance ; l'enfance a ses pemphigus syphilitique, le pemphigus dit des nouveau-nés.

Le *pemphigus syphilitique* est une syphilide pemphigoïde fréquente chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire.

Cette éruption peut se produire au cours de la vie intra-utérine et, à la naissance de l'enfant, il existe des bulles à toutes les périodes de dévelop-

pement ; mais l'éruption pemphigoïde peut ne faire son apparition que quelques semaines, deux mois après la naissance (Ollivier et Ranvier). Elle constitue généralement la seule manifestation syphilitique extérieure appréciable et les manifestations viscérales, que les autopsies ont montré coincider fréquemment avec lui, telles que le foie syphilitique, échappent souvent à nos moyens d'investigation clinique.

Il existe à la lésion une localisation toute spéciale qu'on peut regarder comme caractéristique, c'est sa localisation à la paume des mains et à la plante des pieds. Quand l'éruption est rare, elle reste ordinairement localisée en ces points ; abondante, elle se répand sur les différents points de la surface du corps.

Une tache rouge se montre dans le point où la bulle doit apparaître ; cette tâche n'est généralement pas très étendue ; sa périphère est le plus souvent limitée par un cercle plus foncé. Cette plaque érythémateuse est rapidement remplacée par une bulle qui en occupe toute l'étendue et reste limitée par un cercle livide.

Le liquide que la bulle renferme, peut être très peu abondant, surtout au début; ce liquide augmente rapidement d'abondance et peut conduire à la formation d'une bulle surélevée, du volume d'une noisette. Le liquide est clair et laisse à la bulle une certaine transparence. Plusieurs bulles voisines peuvent se réunir et se fusionner pour former une bulle volumineuse. Au niveau de l'extrémité du doigt, le décollement de l'épiderme donne à la lésion l'aspect d'une tourniole. Il est de règle que la bulle se rompe et fasse place à une croûte dont la chute laisse voir à sa place une macule pigmentée ou une ulcération plus ou moins profonde.

Une cachexie profonde accompagne habituellement le pemphigus syphilitique et conduit le malade à la mort : cette cachexie est le résultat des lésions viscérales graves qui coexistent, dans la plupart des cas, avec le pemphigus.

Le *pemphigus dit épidémique des nouveau-nés, pemphigus contagieux, pemphigus cachectique*, est une affection contagieuse ordinairement épidémique, qui s'observe quelquefois à l'état sporadique,

Dans les épidémies de pemphigus simple, celui-ci se montre du deuxième au troisième jour après la naissance : le pemphigus, se produisant à l'état isolé et accidentellement chez un seul sujet, peut se montrer à toute période de la première enfance.

L'éruption peut débuter par tout point de la surface du corps ; il est de règle, contrairement à ce qui s'observe dans le pemphigus syphilitique, qu'elle respecte la paume des mains et la plante des pieds : ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a vu l'éruption se montrer sur les muqueuses.

Les bulles peuvent êtres fort peu nombreuses ; elles sont habituellement abondantes et occupent de préférence la face, le cou, les jambes. Sur les surfaces planes, ces bulles sont arrondies, circulaires ; au niveau des plis, elles s'allongent, quelquefois dans des proportions considérables : c'est ce qui s'observe au niveau des aines et des plis du cou, où Homolle a vu plusieurs bulles, en devenant contiguës, amener une ulcération qui occupait tout le pourtour du cou. Le volume est celui d'une noisette, d'une lentille : la base a pu atteindre les dimensions d'une pièce de 5 francs. Des décolle-

ments considérables succèdent à la confluence de plusieurs bulles ou à la continuation du décollement de l'épiderme après la rupture d'une bulle. La lésion ressemble absolument à celle produite par l'application d'un vésicatoire ou par une brûlure avec l'eau bouillante. L'apparition de la bulle est précédée par la production d'une tache érythématheuse livide. En quelques heures, la lésion a acquis son développement complet ; le liquide, quelle renferme peut devenir louche, puriforme ou sanguinolent. Les inoculations avec le liquide des bulles sont restées sans succès dans la main de la plupart des observateurs. Cependant le docteur Rœser a obtenu sur lui-même une série de succès à la suite d'inoculations en séries.

Au dessous de la bulle, il n'existe pas de base inflammatoire indurée, pas d'altération importante de la peau ; en général, une simple tache érythématheuse au pourtour.

Après trente six ou quarante-huit heures, la bulle commence à se flétrir ; son contenu est alcalin ou neutre. La rupture est la terminaison habituelle de la lésion ; il n'y a aucune tendance à la guérison par résorption. Après rupture de la bulle, l'extension de la lésion ne s'arrête pas et le décollement de l'épiderme continue à s'effectuer excentriquement.

La croûte qui succède à la rupture de la bulle est peu épaisse, jaunâtre ; elle se détache après cinq ou six jours et laisse à sa place une surface rouge qui ne tarde pas à reprendre sa coloration normale. Les érosions qui succèdent à des bulles étendues, celles qui occupent les plis de la peau, ne se recouvrent pas de croûtes ; elles restent humides, suintantes et leur guérison s'opère par la production progressive d'un nouvel épiderme.

L'ulcération peu se produire à la suite du pemphygus ; mais cette complication est rare.

L'affection se prolonge par la production de poussées éruptives successives ; il y a, en effet, généralement plusieurs poussées éruptives, quelquefois avec accompagnement d'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé ; le nombre des poussées est variable.

Les muqueuses échappent à l'éruption.

L'affection peut survenir au milieu d'une santé générale excellente ; les troubles digestifs, la cachexie, ne se produisent qu'à la suite d'éruptions intenses ; les altérations de la santé générale peuvent faire complètement défaut.

L'ophtalmie catharrhale s'est montrée assez fréquemment au cours de la maladie. (Hervieux, Homolle, Rœser.)

La production d'un mouvement fébrile est inconstante.

La guérison est la terminaison habituelle ; la mort est cependant quelquefois survenue au milieu d'un cortège de troubles dyspeptiques et à la suite d'une cachexie progressive.

Quand une épidémie de pemphigus éclate dans un service d'accouchement, il est impossible de prévoir quels enfants, vigoureux ou cachectiques, bien ou mal nourris, seront frappés, quels échapperont. Le pemphigus se montre chez les sujets non cachectiques comme chez les cachectiques. La cachexie ne paraît pas jouer un rôle considérable comme condition favorable à la contamination. Parrot, malgré le rôle considérable qu'il faisait jouer à l'athrepsie dans la production d'un grand nombre de maladies de l'enfance, professait qu'il fallait à côté de l'athrepsie une prédisposition ou une

influence épidémique, que l'athrepsie n'intervenait que pour donner au pemphigus du nouveau-né sa physionomie et ses allures ternes et atones de pemphigus cachectique. Ce qui semblerait justifier cette opinion, c'est le nombre considérable de cachectiques qui ne présentent jamais de pemphigus. Bien souvent la cachexie, les troubles digestifs, l'athrepsie ne se montrent qu'après l'apparition de l'affection bulleuse. L'expression de pemphigus cachectique peut rester pour distinguer cette variété du pemphigus syphilitique ; elle exprime l'état chétif habituel, antérieur ou consécutif, des sujets qui en sont atteints, ce serait à tort qu'on voudrait le conserver comme indiquant un état de cachexie antérieur et préparatoire de l'affection pemphigoïde.

Le pemphigus peut s'observer chez des enfants nullement cachectiques et en dehors d'une influence épidémique.

La malpropreté, la misère ou l'alimentation trop fortes ont été invoquées.

La cause des épidémies échappe ; la vaccination a paru aggraver l'accident, la dentition a été signalée comme pouvant avoir le même résultat. L'état puerpéral, l'infection puerpérale ne paraissent avoir aucune influence. On en a cependant signalé l'apparition au cours d'épidémies puerpérales, mais il reste encore à démontrer qu'il se soit toujours agi en pareil cas de pemphigus simple. La parenté, dans quelques cas, de ce pemphigus avec la varicelle n'est rien moins qu'établie.

La contagion paraît incontestable ; Trousseau et Lasègue admettaient déjà que leur varicelle pemphigoïde, qui ne fut peut-être que du pemphigus, était contagieuse. Le docteur Koch a rapporté l'histoire d'une épidémie atteignant exclusivement la clientèle d'une même sage-femme et suppose que celle-ci avait été la cause de l'épidémie en transportant la maladie d'enfant à enfant au moyen de son doigt contagionné. Vous ne sauriez du reste, Messieurs, mieux faire pour vous mettre complètement au courant de la question, que lire l'étude critique publiée en 1874 par M. Besnier dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Dans ces dernières années, quelques faits de lésions bulleuses à allure spéciale et uniforme ont été publiés sous le nom de *lésions trophiques d'origine congénitale à marche progressive* (Vidal), *de pemphigus successif à kystes épidermiques* (Brocq), *de dermatite bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques* (Hallopeau), *d'ichthyose, à poussées bulleuses* (Hallopeau).

L'éruption se montre dès la naissance et se fait par poussées successives se reproduisant en des points, toujours les mêmes, chez le même sujet. Les bulles sont peu nombreuses, de forme irrégulière, transparentes, citrines ou rougeâtres, hémorrhagiques. Leur apparition n'est pas accompagnée de phénomènes douloureux. Quand la bulle guérit, elle laisse à sa place une tache rouge parsemée de petits points blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, rappelant des pustules minuscules ou de petites perles. Quand on déchire l'épiderme à leur niveau, on constate qu'elles correspondent à de petites cavités renfermant une matière blanchâtre solide, épidermique et sébacée.

Les régions le plus souvent atteintes sont les mains, la face, les avant-

bras et les bras, les jambes; les autres points du corps le sont plus rarement, mais peuvent aussi être atteints. Les téguments de la région malade deviennent rouges, lisses, cicatriciels, quelquefois squameux. Les muqueuses peuvent être atteintes. Des hémorrhagies se produisent facilement au niveau des bulles de la peau ou des muqueuses (épistaxis, Brocq); cette tendance aux hémorrhagies est même une des caractéristiques de l'affection.

Les ongles sont quelquefois profondément altérés et en état d'onychogryphose. Les malades atteints de ce pemphigus ont la peau sèche, xérodermique, sont affectés de kératose pilaire; une malade de M. Besnier était franchement ichthyosique, aussi ce maître croit-il devoir admettre une relation entre l'ichthyose et la forme de dermatite bulleuse que nous étudions et qu'il désigne sous le nom d'ichthyose à poussées bulleuses.

La durée de cette maladie paraît indéfinie, elle se maintient par la rénovation incessante des poussées.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

M. Bogdan (Jassy), professeur à la Faculté de médecine, nous a communiqué une observation curieuse de *carcinome anormal de l'estomac.* L'autopsie mit en évidence le diagnostic que certains signes qui avaient du reste déjà attiré l'attention de M. Bogdan lui avaient permis de faire.

Il s'agit là d'un symptôme nouveau présenté par la malade au début de son affection, symptôme qui n'a pas été décrit jusqu'ici et auquel M. Bogdan attribue une grande valeur pour le diagnostic d'un cancer viscéral; l'existence de deux taches rouges sur les deux pommettes.

Voici la description que donne M. Bogdan :

Les deux joues de la malade présentaient la couleur jaune-cire, mais sur les deux pommettes se dessinaient deux taches d'un rouge-vineux formées par la dilatation des veinules superficielles des joues; il existait en un mot ce que nous appellerons les varicosités des joues, varicosités qui, selon nous, existent presque toujours chez les cancéreux.

En effet, depuis une dizaine d'années nous avons pu constater ces varicosités chez presque les deux tiers des malades atteints de tumeurs malignes, mais surtout chez ceux qui avaient un épithéliome soit de l'estomac soit de l'utérus, un peu moins souvent, lorsque la tumeur cancéreuse intéressait un autre organe.

Ce symptôme a une certaine importance. En effet, nous l'avons toujours remarqué tout à fait au début de la maladie, alors que l'affection ne se manifeste que par des signes plus ou moins vagues et indéterminés, lorsque par conséquent le diagnostic est incertain et embarrasse le clinicien. La présence de ces varicosités constitue donc, selon nous, un élément important; c'est un signe précurseur qui paraît avant les autres symptômes classiques du cancer.

Il importe de ne pas confondre les taches rouges lie de vin qu'on observe chez les cancéreux avec la rougeur des pommettes qu'on rencontre si souvent chez les tuberculeux. Chez ces derniers, il s'agit d'une coloration uniforme, rosée ou rose vif, variant avec les émotions; à leur niveau il y a une légère élévation de la température. Chez les

cancéreux, les taches, comme nous venons de le dire, offrent des caractères très différents.

Il serait intéressant de rechercher le signe indiqué par M. Bogdan et d'en étudier la fréquence et la valeur dans les tumeurs malignes.

La *chirurgie de la prostate* semble prendre de jour en jour plus d'extension. Tout dernièrement encore, M. Mayo Robson (Leeds), mettait sous les yeux du congrès de Rome un tableau de 12 cas où il a pratiqué la prostatectomie sus-pubienne. Dans le premier cas (1887), il avait affaire à un calcul et il a réséqué aux ciseaux le lobe moyen proéminent; deux ans après, le malade était en bonne santé. Des malades suivants, plusieurs étaient des calculeux. Un seul a succombé, le dernier opéré (janvier 1894), à des accidents de suppuration péri-vésicale. Les au res, chez lesquels les masses prostatiques ont été énuclées, traitées par l'excision cunéiforme, etc., et qui devaient se sonder, ont été parfaitement guéris.

Cette opération doit donc être prise en considération. On n'y songera pas pour les cas où le cathétérisme est facile et donne de bons résultats, ce qui est fréquent; ni pour ceux où le chirurgien n'est appelé qu'après développement de lésions organiques graves. Mais dans des cas donnés elle rend des services.

Il est bon d'aseptiser les urines par l'administration de l'acide borique à l'intérieur avant et après l'opération. Pour enlever le lobe moyen, M. Mayo Robson se sert des ciseaux de Mac Gill ou de la pince coupante circulaire; pour les lobes latéraux, il énuclée avec l'index. Les suites sont très simples et d'ordinaire le malade peut s'asseoir le huitième jour.

Dans des cas bien choisis, c'est une intervention bénigne et qui, pratiquée avec soin, donne des résultats que l'on peut presque appeler curatifs, chez des malades que l'on déclarait incurables il n'y a pas longtemps encore.

Aujourd'hui, nous relatons un travail de Nicoll dans *The Lancet*, 14 avril 1894. — L'ablation de la prostate est encore à ses débuts, dit cet auteur, et a une assez haute mortalité; de plus, dans certains cas elle ne fait pas disparaître les symptômes contre lesquels elle était dirigée. Le plus souvent la mort est causée par l'hémorrhagie ou par l'infection. Cette opération se fait de trois manières : par la voie sus-pubienne, par la voie périnéale, ou par les deux voies combinés. Il faut donc s'appliquer à diminuer les hémorrhagies, les chances d'infection, à faire une ablation totale. Pour réunir toutes ces conditions, l'auteur a recours à une *prostatectomie sous-muqueuse* par les méthodes sus-pubienne et périnéale combinées. Il fait une cystotomie sus-pubienne sans mettre le ballon rectal, lie tous les vaisseaux qui saignent, saupoudre la plaie d'iodoforme, et suture ensuite les bords de la plaie vésicale à ceux de la plaie abdominale, la vessie est remplie de solution phéniquée et on place le malade dans la position de la taille. On introduit une bougie dans l'urèthre, puis, l'index étant introduit dans le rectum, on incise le raphé du périnée et on arrive à la prostate, qu'on sépare soigneusement du rectum; on fait alors une incision verticale à travers la partie postérieure et inférieure de la capsule de la prostate? on décortique ensuite cette capsule; avec la main gauche introduite dans la vessie par la plaie hypogastrique, on refoule en bas la prostate et on enlève cette dernière à l'aide de la main droite. On retire la bougie et on introduit une sonde en gomme que l'on laisse en place: on enlève les points de suture de la vessie à l'abdomen.

L'auteur aurait obtenu d'excellents résultats avec ce procédé.

Pour ne pas quitter les voies urinaires citons encore une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'*exstrophie de la vessie*, due à M. Maydl (Prague). — Cette méthode n'a été encore employée que deux fois, chez une jeune fille de quatorze ans, et

chez un jeune homme de vingt et un ans; dans ces deux cas, l'exstrophie était compliquée d'une hernie ventrale.

Voici comment Maydl procède : il ouvre la cavité péritonéale sur les bords de la vessie exstrophiée, et résèque la paroi vésicale, en respectant seulement une portion ovale renfermant les orifices des uretères. Il faut ensuite, chez la femme, libérer la vessie de l'utérus, et, chez l'homme, sectionner au-dessous des insertions des corps caverneux. Il arrive ainsi à mobiliser complètement la portion de la vessie qui correspond aux orifices des uretères, dans lesquels on a préalablement introduit de fines sondes en gomme, et l'on a deux pédicules constitués par les uretères, les vaisseaux qui les accompagnent et le tissu conjonctif qui l'enveloppe. Il ne reste plus qu'à attirer le côlon, à pratiquer sur sa convexité une incision longitudinale, et à insérer dans les lèvres de cette incision la portion vésicale pédiculée, en suturant les muqueuses ensemble, puis la séreuse intestinale à la musculeuse vésicale. On réduit ensuite le tout dans l'abdomen que l'on ferme complètement. La guérison a été obtenue en deux et trois semaines.

C'est là comme on le voit, une méthode d'abouchement anormal qui a comme toutes ces méthodes l'inconvénient de donner lieu à des infections secondaires possibles et aujourd'hui des procédés analogues à ceux de M. Segond, par exemple, paraissent devoir être préférés.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1894. — Présidence de M. Empis.

Rapport sur la vaccine. — L'abatage des animaux de boucherie.

RAPPORT SUR LA VACCINE

M. Hervieux communique à l'Académie le rapport officiel sur la vaccine. Il rappelle que notre épidémie variolique est aujourd'hui vaincue et compare avec elle l'épidémie qui règne en Angleterre depuis 1891 et qui, au commencement de 1894, n'avait pas encore désarmé.

Et, pourtant, l'Angleterre était depuis 1867 en possession de la vaccine obligatoire tandis que l'obligation n'a jamais existé en France que pour l'armée. C'est que l'Angleterre a été paralysée dans la lutte contre l'épidémie par la Ligue antivaccinale, tandis que la France a mis à profit tout l'arsenal des moyens prophylactiques.

M. Hervieux fait à cette occasion l'histoire de la Ligue antivaccinale, puis passe en revue les divers moyens à l'aide desquels nous avons triomphé de l'épidémie variolique.

Il mentionne d'abord le vaccin animal et les conditions qui doivent le faire préférer au vaccin humain. Il repousse le variolo-vaccin préconisé par Fisher et Haccius.

Il attribue surtout aux revaccinations la cessation de l'épidémie parisienne, mais il fait une large part aux services rendus par l'assainissement et les pratiques qui le constituent : pulvérisations, étuves municipales.

M. Hervieux termine son rapport en appelant l'attention sur deux moyens auxiliaires d'une grande importance : la nécessité de nommer des inspecteurs médicaux dans les circonscriptions qui en sont dépourvues et d'établir en principe la gratuité des vaccinations par l'inscription au budget des communes et des départements de la rémunération des vaccinateurs.

RAPPORT SUR L'ABATAGE DES ANIMAUX DE BOUCHERIE

M. Dieulafoy analyse un travail de M. Duisbo sur l'abatage des animaux de boucherie. L'auteur, passant en revue tous les moyens employés et surtout l'assommement, les trouve très défectueux et leur préfère la saignée par la brusque section des carotides. Et cela à deux points de vue : d'abord au point de vue humanitaire, car les autres procédés font souffrir les bêtes quelquefois pendant dix à quinze secondes, et qu'il faut plusieurs coups pour les abattre ; ensuite, au point de vue hygiénique, car on sait que chez un animal mort c'est le sang qui s'altère le premier et que l'animal saigné en pleine vie perd une plus grande quantité de sang que l'animal saigné après l'assommement, M. Duisbo appuie ses assertions d'un certain nombre d'exemples et de chiffres puisés dans les différents abattoirs de l'Europe.

M. Trasbot voit dans ces affirmations une légère exagération. A Paris, on peut dire que toujours les bœufs sont assommés d'un seul coup. La saignée faite ensuite est parfaitement indolore, l'animal étant insensibilisé instantanément par le coup de massue.

Quant à la saignée, considérée dans ses rapports avec la conservation de la viande on peut dire que quand elle est faite immédiatement après l'assommement elle est tout aussi complète que quand c'est elle qui est seule en jeu. On peut, d'ailleurs, la rendre plus parfaite en provoquant chez l'animal, en appuyant sur son corps, une sorte de respiration artificielle. Si, en saignant les animaux au lieu de les assommer, il y avait là un moyen de mieux conserver la viande, il est certain que depuis longtemps les bouchers, qui sont les premiers intéressés et qui sont à même de juger les différents systèmes d'abatage, l'auraient adoptée.

Le procédé des Juifs est certainement plus cruel et n'offre aucun avantage.

M. Weber appuie les remarques faites par M. Trasbot. Il est très rare qu'un employé de la Villette manque son coup et que l'animal ne tombe pas instantanément. L'animal meurt plus vite et se débat moins avec l'assommement qu'avec la saignée.

M. Marc Sée voit dans le choix de l'assommement une sorte de manifestation des persécutions religieuses qui poursuivent les Juifs.

M. Proust lit un rapport sur un travail de M. Legrand, médecin à Suez.

Les abcès hépatiques des pays chauds sont beaucoup plus rares chez l'enfant que che l'adulte. M. Legrand en relate deux cas dans son travail. Le pıemier concerne une petite fille de cinq ans chez laquelle un abcès du lobe droit du foie se développa à la suite d'une dysenterie. Cet abcès fut ouvert au thermocautère et sa cavité fut ensuite lavée à l'eau boriquée ; trois mois après, la poche était comblée et le foie avait repris sa position normale. L'enfant paraissait guérie, quand, au mois de mars, elle fut de nouveau atteinte de dysenterie ; quelque temps après, la région épigastrique se tuméfiait et on constatait un abcès du lobe gauche du foie. Les parents ayant refusé toute intervention opératoire, cet abcès fut abandonné à lui-même et se vida spontanément par le côlon transverse. Après une amélioration passagère, une fièvre hectique se déclara et l'enfant ne tarda pas à succomber avec tous les signes d'un abcès du cerveau.

On trouva dans le pus du premier abcès un assez grand nombre de microcoques arrondis, très mobiles, mais pas d'amibes. Les cultures de ce pus fournirent des colonies ressemblant beaucoup à celles du staphylococcus citreus, mais ne liquéfiant pas la gélatine. L'inoculation d'une certaine quantité de ces cultures aux cobayes n'a donné aucun résultat.

Dans le second cas communiqué à l'Académie par M. Legrand, il s'agissait d'un enfant de trois ans qui guérit d'un abcès du foie à la suite d'une simple incision suivie d'un lavage.

Jugement rendu par le tribunal de Cusset au sujet de la cession d'une clientèle médicale

Malgré tout ce qu'a d'aride dans sa forme le style employé par la magistrature, nous n'hésitons pas à mettre sous les yeux de nos lecteurs tous les attendu que... et considérant... formulés par le tribunal de Cusset.

Il s'agit, en effet, d'un sujet qui nous intéresse tous, *la cession d'une clientèle médicale.*

1° Attendu que A... et B... (son beau-père) prétendent tout d'abord que la convention verbale intervenue entre eux et C... n'est qu'une cession de clientèle de médecin et par conséquent nulle, aux termes de la jurisprudence, ensuite et en tout cas que C... n'a pas tenu ses engagements vis-à-vis du demandeur, concluent à ce qu'il plaise au Tribunal de dire que la cession de sa clientèle de médecin faite par C... à A... est nulle et non avenue comme n'ayant pas eu lieu en fait et comme étant, en droit, contraire à l'ordre public;

S'entendre, en conséquence, C... condamner à restituer à A... la somme de 6,000 francs versée par ce dernier, à valoir sur cette cession, le 7 juillet 1891, avec intérêt du jour de la demande ; voir dire que les trois billets souscrits le 1er juillet 1891 par A... à l'ordre de C..., endossés par B... et payables, le premier, de 6,250 francs, le 1er janvier 1893 ; le second, de 5,000 francs, le 1er janvier 1894 et le troisième, aussi de 5,000 francs, le 1er janvier 1895, sont sans cause, nuls et non avenus ;

S'entendre, par conséquent, C... condamner à en faire la restitution à A... et B..., dans les vingt-quatre heures de la signification du présent jugement et sous une astreinte de 100 francs par chaque jour de retard ; s'entendre, en outre, condamner en tous les dépens.

2° Attendu que C... de son côté, soutenant que la convention dont s'agit est parfaitement licite, qu'il a rempli tous ses engagements, conclut à ce qu'il plaise au Tribunal déclarer les demandeurs non recevables, en tout cas mal fondés dans leurs différents chefs de demande, les en débouter en se portant reconventionnellement lui-même demandeur à raison du préjudice que lui causeraient les imputations dirigées contre lui par le procès actuel ; condamner les défendeurs conjointement et solidairement en 5,000 francs de dommages-intérêts, aux intérêts de droit et aux dépens.

Sur la demande principale.

Attendu, à la vérité, que le reçu donné par C... à A... le 7 juillet 1891 est ainsi conçu : « Je soussigné reconnais avoir reçu de M. le docteur A... la somme de 6,000 francs à valoir sur *la cession de ma clientèle* » et que les billets souscrits sont également causés *valeur reçue en cession de clientèle* ;

Attendu que, si l'on s'en tenait aux termes seuls des actes produits, il semblerait qu'on se trouverait bien en présence d'une cession de clientèle de médecin ;

Mais attendu qu'on doit, dans les conventions, rechercher quelle a été la commune intention des parties contractantes plutôt que de s'arrêter au sens littéral des termes (article 1156 du code civil) ;

Attendu que la jurisprudence reconnait généralement la validité d'une cession de clientèle de médecin toutes les fois que cette cession peut être entendue, en ce sens, que le médecin cédant a pris vis-à-vis d'un confrère l'engagement :

Premièrement : de ne plus exercer la médecine dans un lieu déterminé ;

Deuxièmement : de présenter ce confrère comme son successeur à sa clientèle ; de faire tous ses efforts pour lui procurer cette clientèle ;

Troisièmement : et de lui céder son droit au bail du logement qu'il occupe ;

Attendu qu'il ressort clairement des faits et des documents du procès que C... a pris vis-à-vis de A... tous ces engagements, mais qu'il n'en a pris aucun autre ;

Attendu que la convention verbale intervenue entre les demandeurs, d'une part, et le défendeur, d'autre part, ne peut donc être déclarée nulle, ni être annulée, ni résolue, si C... a tenu ses engagements ;

Qu'il s'agit donc seulement de rechercher s'il a rempli ses obligations qui consistaient :

Premièrement, à ne plus exercer la médecine à X... ;

Deuxièmement, à présenter A... comme son successeur à sa clientèle et à faire tous ses efforts pour lui procurer cette clientèle ;

Troisièmement, enfin, à lui céder ses droits au bail de la maison qu'il occupait à X... ;

En ce qui concerne la première et la troisième obligation :

Attendu qu'il est constant et non contesté d'ailleurs par les demandeurs que C... a satisfait entièrement à ces deux obligations.

En ce qui concerne la deuxième obligation :

Attendu que la clientèle du docteur C... se composait d'une clientèle de ville et d'une clientèle fixe de certaines administrations et compagnies payant les honoraires du médecin par abonnement, à l'année ;

Attendu que C... soutient (ce qui, du reste, n'a pas été contredit par A...), qu'à plusieurs reprises il a proposé à A... de le présenter à la clientèle de ville, mais que A..., tantôt pour une cause, tantôt pour une autre, n'a pas accepté la proposition de C... qui s'est vu obligé de se contenter de le recommander à ses clients, hors sa présence ;

Attendu que, pour la clientèle fixe des compagnies, il est hors de doute et reconnu du reste par les demandeurs, que C... en a procuré une certaine partie à A... ;

Que les demandeurs lui font seulement grief de ce que A... n'a pas été choisi comme le successeur de C... par la Compagnie du gaz et par la ville de X... ;

Attendu, à cet égard, que, s'il est vrai que la clientèle de la Compagnie du gaz et de la ville a échappé à A..., il est non moins certain que c'est par la faute de ce dernier et non par celle de C... ;

Attendu, en effet, que c'est sur les pressantes sollicitations de A... qui écrivait à C... qu'il était sûr d'être nommé à son lieu et place et contrairement aux conseils de C... que ce dernier a donné sa démission de médecin de la Compagnie du gaz (voir lettres de A... du 24 juillet 1891 et de C... des 25 et 27 juillet, même année); que, quant à la ville, A... a fait ce qu'il fallait pour voir échapper cette clientèle, puisque, immédiatement après le départ de C..., A... a cessé d'assurer les services qui lui avaient été confiés comme médecin adjoint ;

Attendu qu'il n'est nullement établi que C... ait engagé A... à user de subterfuge ou de procédés contraires à la délicatesse pour obtenir la continuation de la clientèle ;

Qu'il n'est pas davantage établi que A... l'ait mis en demeure de lui communiquer ses livres de comptes ;

Que A..., il est vrai, lui avait écrit pour lui réclamer ses livres, mais que C..., ayant répondu qu'il ne les avait pas devers lui, il les mettrait à sa disposition dès son retour, A... ne justifie pas les avoir réclamés à nouveau ;

Attendu, d'ailleurs, que, de l'examen de ces livres, communiqués au tribunal, après l'avoir été à l'avoué de A..., il ressort clairement que les produits réels de la clientèle de C.. ne sont pas inférieurs à ceux par lui annoncés à A... ;

Attendu que, de ce qui précède, il résulte que C... a complètement exécuté la convention ;

Attendu, par suite, que les demandeurs doivent être également astreints à son exécution.

Sur la demande reconventionnelle :

Attendu que C... ne justifie pas d'un préjudice sérieux; qu'il n'y a donc lieu de lui allouer les dommages-intérêts par lui réclamés,

Par ces motifs,

Le tribunal, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort, vidant son délibéré, sans s'arrêter ni avoir égard à la demande reconventionnelle formée par C..., dans laquelle il est déclaré non recevable, déclare les demandeurs non recevables, en tout cas mal fondés dans leurs différents chefs de demande, les en déboute et les condamne solidairement en tous les dépens.

Ordonne l'enregistrement du reçu et des billets susénoncés, ainsi que des trois lettres des 24, 25 et 27 juillet 1891.

Fait et jugé en l'audience du tribunal civil de première instance, séant à Cusset (Allier).

COURRIER

Légion d'honneur. — Les promotions viennent de paraître dans les différents ministères. Les premières qui nous parviennent sont les suivantes :

Au grade d'officier : M. Bucquoy, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Au grade de chevalier : MM. Quénu et Gérard-Marchant, chirurgiens des hôpitaux; MM. Cartaz, Despagnet.

Découverte du microbe de la peste. — M. Yersin, ancien collaborateur de M. Pasteur, et depuis médecin des colonies, a découvert le *microbe de la peste*, ainsi qu'en fait foi une note lue à la dernière séance de l'Académie des sciences. Nous nous bornons à mentionner cette nouvelle, nous proposant d'y revenir plus longuement.

— Comme on le sait, M. Galezowski est auprès du schah de Perse. Il résulte d'un bulletin de santé, signé le 8 juin, à Ispahan, par MM. les docteurs Galezowski, E. Collins, Mirza Hussein Khan et S. P. Aganoor, que S. A. I. le prince Zelli Sultan n'a aucune maladie organique de l'œil et que les symptômes dont il souffrait depuis quelque temps sont sans gravité aucune et doivent être attribués à l'état de santé générale.

— Un concours s'ouvrira le 14 décembre prochain, à deux heures de l'après-midi, pour trois places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort : une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris.) Deux heures sont accordées pour cette composition.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain.

Le internes titulaires reçoivent, outre le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu).

Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le 1er janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs.

Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

N. B. — Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Fournier : Le phagédénisme scrofuleux. — II. Revue critique chirurgicale. — III. Le congrès de Boulogne-sur-Mer. — IV. Thérapeutique appliquée. — V. Courrier.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier

(Leçon revue par le professeur)

—

Le phagédénisme scrofuleux

Messieurs,

Des lésions analogues, voire presque identiques, à celles du phagédénisme syphilitique peuvent se produire dans la scrofule et constituent ce que très naturellement on peut qualifier de phagédénisme scrofuleux. Ce sont ces lésions que nous allons décrire aujourd'hui.

Une particularité dominante qui vous frappera dès le début et dans tout le cours de cet exposé, c'est la similitude singulière, saisissante, inexplicable, ou tout au moins non encore expliquée, qui sur la plupart des points rapproche le phagédénisme scrofuleux du phagédénisme syphilitique. Dans chacun des chapitres qui vont suivre (localisations, symptômes, conséquences ultérieures, pronostic général, etc.) nous aurons à noter des analogies frappantes, parfois des identités presque absolues entre le phagédénisme scrofuleux et le phadénégisme térébrant. Sans doute, çà et là, nous rencontrerons bien quelques dissemblances, quelques oppositions que nous nous empresserons de mettre en relief pour le but principal que nous poursuivons ici, à savoir le diagnostic différentiel de ces lésions. Mais à coup sûr, comme vous allez le voir, le nombre de ces dissemblances restera très inférieur à celui des analogies, des rapports communs, des similitudes symptômatiques ou autres que nous rencontrerons chemin faisant.

Un mot d'abord sur le degré de fréquence du phagédénisme scrofuleux. Le phagédénisme scrofuleux est peu commun, surtout de nos jours. Si nous le rencontrons ici couramment, si même nous l'avons, je puis dire, assidûment dans les yeux, il est à cela de bonnes raisons d'un ordre tout particulier, tout local. D'abord Saint-Louis est la patrie de la scrofule ; c'est son asile, son refuge. Nous sommes ici sur son terrain, sur son domaine. Tous les malades affligés de phagédénisme scrofuleux viennent ici tôt ou tard. De plus, les lésions scrofuleuses dont nous allons parler sont des lésions de caractère éminemment chronique ; par conséquent des lésions retenant ici longtemps, très longtemps, les malades qui en sont affectés, les retenant même quelquefois à perpétuité. Il suffit donc d'un petit nombre de ces malheureux pour nous fournir ici de nombreux spécimens en permanence de ces terribles affections.

Ces deux raisons font, si je puis ainsi parler, trompe-l'œil sur la fréquence réelle du phagédénisme scrofuleux, qui, à tout prendre, est peu commun, je le répète, et bien moins commun que le phagédénisme syphilitique.

Ainsi, je trouve dans une statistique de M. Laible que sur 105 observations de lupus (la lésion scrofuleuse qui fournit le plus gros contingent au phadégénisme scrofuleux) 3 seulement se sont compliqués d'accidents réellement phagénédiques.

Et je suis heureux d'ajouter que le phagédénisme scrofuleux paraît diminuer de fréquence d'une façon très notable. A coup sûr, il est bien moins commun de nos jours qu'il ne l'était il y a vingt ou trente ans. C'est un point sur lequel sont d'accord tous les médecins qui ont fréquenté longtemps cet hôpital comme élève d'abord, puis comme chef de service. Très heureux résultat, imputable sans aucun doute aux progrès de l'hygiène, à l'amélioration croissante du bien-être dans les classes inférieures de la société, aux bienfaits de la civilisation.

Le phagédénisme scrofuleux a comme le phagédénisme térébrant des origines de deux ordres, à savoir :

1° Soit des lésions primitivement ulcéreuses, ulcéreuses d'emblée (scrofulo-ulcéreuses sous forme d'ecthyma, de rupia, d'impétigo, etc.) ;

2° Soit des lésions qui, primitivement solides, sèches, sont destinées à une ulcération consécutive, telles que le lupus tuberculeux, par exemple.

Sans contestation possible, ce sont les lésions décrites en dermatologie sous le nom générique de lupus, qui constituent l'origine la plus habituelle du phagédénisme scrofuleux. Si même l'on prenait le mot de lupus au pied de la lettre, dans sa signification purement éthymologique, il faudrait faire rentrer tout le lupus dans l'histoire du phagédénisme scrofuleux ; car le lupus est une affection éminemment rongeante et destructive, et c'est à ce point qu'il détruit, dans l'une de ses formés, même sans déterminer d'ulcérations,

Mais le mot de phagédénisme, tel que nous l'avons compris, interprété, n'est pas synonyme de destruction. Le phagédénisme n'est pas seulement une destruction, c'est de plus une destruction intense, considérable, témoignant soit par l'intensité même de cette destruction, soit pas ses progrès rapides, soit par sa chronicité rebelle, réfractaire, d'une malignité spéciale.

Aussi bien le lupus, pas plus que le chancre simple, autre affection éminemment ulcéreuse et destructive, n'est-il pas pour nous l'équivalent de phagédénisme. C'est purement et simplement une affection destructive, qui, alors seulement que son génie destructif s'exagère, devient phagédénique et rentre dans le cadre d'études que nous allons aborder.

Nous avons vu que le phagédénisme térébrant peut siéger partout, mais qu'il affecte certaines régions plus souvent que d'autres, qu'il en affecte même quelques-unes avec une prédilection marquée, toute particulière.

Eh bien, il en est de même pour le phagédénisme scrofuleux. D'une part, en effet, le phagédénisme scrofuleux peut affecter tous ou presque tous les départements du système tégumentaire. En cherchant bien, en fouillant les observations, on trouverait des exemples de phagédénisme scrofuleux de tout siège. Et, d'autre part, le phagédénisme scrofuleux a aussi des sièges de prédilection. Cette particularité bizarre est même bien plus accentuée encore pour lui que pour le phagédénisme térébrant. A ce point que, réserve faite pour un certain nombre de cas qui sortent de la règle, on ne le rencontre guère d'une façon habituelle que sur certains points, exclusivement. Précisons :

1° Le phagédénisme scrofuleux de la peau, des surfaces cutanées, a un siège affectionné par excellence, habituel, plus qu'habituel, presque constant, à savoir : le visage. Et dans le visage, il est une région, un organe sur lequel il sévit bien plus communément que sur d'autres, à savoir : le nez.

Le nez, voilà la localisation la plus fréquente de phagédénisme scrofu-

leux ; le nez, voilà sa victime préférée, affectionnée. A preuve ces divers moulages qui n'ont pas été choisis pour la circonstance et qui démontrent bien cette supériorité de fréquence du phagédénisme scrofuleux sur le nez.

Très commun au visage et sur le nez, il devient au contraire très rare, relativement, sur d'autres points, tels que : le cou (où il n'est généralement qu'une propagation des lésions du visage), le cuir chevelu, le tronc, les membres. Notons, à propos de membres, sa supériorité de fréquence sur les extrémités des membres, relativement aux segments supérieurs.

2° Sur les muqueuses, même inégalité de distribution : Ainsi, il est un département muqueux qu'il affecte de préférence à tout autre : muqueuse nasale, où il n'est bien souvent, il est vrai, que la continuation du phagédénisme nasale externe, mais où il se montre primitivement en nombre de cas.

Au second rang par ordre de fréquence, se place la muqueuse de la gorge (voile du palais) ; puis les autres départements muqueux ne sont plus affectés que d'une façon relativement très rare. Ainsi, par exemple, la muqueuse génitale n'est envahie par le phagédénisme scrofuleux que très exceptionnellement. On ne pourrait guère citer plus de trois ou quatre cas de phagédénisme scrofuleux des organes génitaux chez l'homme. Chez la femme, il est vrai, il est moins rare et chez elle il a reçu, vous le savez, un nom spécial, celui d'esthiomène, alors qu'on avait méconnu la nature, l'origine même de la maladie. L'esthiomène vulvaire ou ano-vulvaire, n'est pas une affection spéciale. Comme on l'avait cru ; ce n'est très certainement qu'une scrofulide phagédénique de la région ano-vulvaire.

Telles sont les localisations préférées du phagédénisme scrofuleux.

De même que le phagédénisme térébrant, le phagédénisme scrofuleux se présente cliniquement sous deux grandes formes qu'il est très essentiel de déterminer nettement dès notre entrée en matière.

Dans l'une, il se limite, comme territoire de ravage, comme théâtre d'opérations, au système tégumentaire, à la peau ou aux muqueuses. C'est le phagédénisme de surface.

Dans l'autre, non seulement il affecte le tégument, mais en outre et surtout, il pénètre en profondeur, il creuse, il fouille, il excave les tissus, il ronge en creux ; en un mot il constitue un phagédénisme en profondeur.

Dans ces deux formes, l'une est beaucoup plus commode que l'autre, à savoir la seconde. Bien plus fréquemment, la scrofule constitue un phagédénisme de profondeur qu'un phagédénisme de surface. Sans doute, on la voit en nombre de cas s'étaler en surface, affecter de larges étendues de territoire ; mais ce n'est pas là et de beaucoup sa modalité habituelle préférée. Ce qu'elle fait plus habituellement, c'est de se limiter sur une région restreinte et là de fouiller en creux cette région, de la détruire en profondeur, sans tendance à une grande expansion périphérique.

Cela posé, voyons maintenant comment progresse le phagédénisme scrofuleux dans les deux grandes formes que nous venons de spécifier ; c'est-à-dire étudions qu'elle est la modalité progressive du phagédénisme scrofuleux.

Le phagédénisme de surface procède exactement comme le phagédénisme térébrant de même ordre, c'est-à-dire suivant les deux modes que nous avons décrits sous les noms de phagédénisme centrifuge et phagédénisme vertigineux.

Dans le premier de ces modes, l'extension de l'ulcère se fait par rayonnement centrifuge, c'est-à-dire que l'ulcère grandit à la circonférence, par addition de nouvelles zones ulcéreuses qui s'ajoutent progressivement aux zones concentriques de plus en plus anciennes à mesure qu'elles sont plus centrales. Et tantôt l'envahissement de l'ulcération a pour avant-garde comme lésion préparatoire une zone de tubercules lupeux qui se constituent à la circonférence de l'ulcère, se ramollisssent, puis s'ulcèrent en confondant leurs ulcérations propres avec le cercle ulcéreux qui leur est concentrique ; tantôt l'ulcération se produit sans tubercules, sur des tissus simplement hypérémies et infiltrés.

Un autre fait également commun dans le phagédénisme térébrant, c'est la production d'une cicatrice centrale qui se forme au fur et à mesure que l'ulcération progresse excentriquement. En d'autres termes, à mesure que le phagédénisme s'étend et qu'il s'ulcère à sa circonférence et se cicatrise à son centre ou dans ses parties centrales. De sorte qu'en allant de la circonférence au centre on rencontre une série de zones concentriques distribuées ainsi :

Une zone extérieure, en voie d'ulcération achevée, qui se prépare.
Une zone intérieure à celle-ci, en voie d'ulcération accomplie.
Une zone plus interne en voie de réparation.
Une zone plus interne encore à l'état de cicatrice encore jeune, récente.
Un centre à l'état de cicatrice blanche ancienne, définitive.

D'ensemble, c'est donc là, trait pour trait, la reproduction du phagédénisme térébrant à modalité centrifuge.

Seulement, quand on en vient aux détails on trouve à noter quelques différences entre le phagédénisme scrofuleux et le phagédénisme térébrant. Ainsi :

1° Le phagédénisme scrofuleux, sinon toujours, au moins en général est moins régulier dans son mode d'extension centrifuge que le phagédénisme térébrant. Il est moins asservi que ce dernier à des formes géométriques pures ; il s'en écarte plus souvent. Inutile de vous rappeler que le phagédénisme térébrant est très fréquemment remarquable par la pureté de sa configuration, par ses cercles, ses demi-cercles tracés au compas, ses arcades, ses fers à cheval, aussi parfaits de ligne que s'ils avaient été tracés par la main d'un dessinateur. Eh bien, le phagédénisme scrofuleux n'a que rarement cette perfection de contour, cette régularité circulaire ou demi-circulaire. Il rompt souvent ces lignes géométriques, il pousse des pointes régulières, il dessine des courbes qui n'appartiennent plus à un type géométrique, il devient même souvent tout à fait atypique, comme modèle de contour. En un mot, il est moins régulièrement cerclé, il tend à la forme circinée plutôt qu'il ne l'observe ; et ce détail a bien sa valeur au point de vue diagnostique, c'est pour cela que je crois utile de vous le signaler, d'autant que le diagnostic différentiel est parfois assez pauvre entre ces deux formes de phagédénisme pour que la moindre nuance doive être soigneusement relevée.

2° Le phagédénisme scrofuleux à rayonnement excentrique a une puissance d'extension moindre (en général, tout au moins) que le phagédénisme térébrant. Très habituellement il se limite à des surfaces de moindre étendue. Il est plus ramassé, plus concentré, moins expansif en surface

que le phagédénisme térébrant. Vous vous rappelez ces arcades énormes, ces courbes élégantes à long rayon que décrit assez volontiers le phagédénisme térébrant.

Eh bien, il est rare qu'on observe rien de semblable avec le phagédénisme scrofuleux, qui se borne généralement à une configuration plus modeste qui ne décrit guère que des courbes de rayon moindre, qui procède sur un pied plus restreint, si je puis ainsi parler. Ce détail objectif, qui a certainement sa valeur en bien des cas, permet d'instituer un diagnostic différentiel. A première vue, en effet, ces grandes arcades ulcéro-croûteuses, telle que celle que représente cette pièce, sont catégorisées dans le domaine de la syphilis, par un médecin habitué à ce genre de maladie, et réciproquement, l'idée seule de scrofule sera écartée rien que sur ce signe, car la scrofule n'a pas l'habitude de procéder ainsi.

Le phagédénisme térébrant de la scrofule procède comme le phagédénisme térébrant de même ordre, c'est-à-dire par trouées. C'est un phagédénisme destructeur de la peau vers les parties profondes ; un phagédénisme qui corrode, qui creuse, qui fouille les tissus, qui anéantit en profondeur, sous lui, tout ce qu'il rencontre sur son passage. Aucun tissu ne lui résiste ; tour à tour, il corrode la peau ou la muqueuse, le tissu cellulaire, les lamelles fibreuses, les cartilages, les muscles, etc. Quant aux os, il en fait justice par le procédé que vous savez : en faisant autour d'eux ce qu'on pourrait appeler le vide nutritif, c'est-à-dire en détruisant leur périoste et leurs vaisseaux. De sorte que, privé de ses moyens de nutrition, le tissu osseux n'a plus qu'à mourir, et il meurt, il se nécrose. Aussi cette seconde forme de phagédénisme constitue-t-elle essentiellement une forme destructive, mutilante.

Ainsi procède, dans ses progrès, le phagédénisme scrofuleux.

Mais, actuellement que nous avons bien distingué et décrit les deux formes, hâtons-nous d'ajouter que ces deux formes ne sont pas exclusives l'une de l'autre, tant s'en faut. De ce qu'un phagédénisme scrofuleux s'étend en surface, il ne résulte pas de là qu'il ne puisse s'étendre en profondeur ; ou réciproquement. Bien loin de là, tout au contraire, ces deux formes peuvent se donner la main, s'associer, se combiner, coexister l'une avec l'autre.

Aussi à la face, rien de plus fréquent que de voir d'une part le phagédénisme scrofuleux s'étendre en surface sur les joues, les lèvres, le cou même, en constituant ainsi la première des deux formes que nous venons de décrire ; puis en même temps détruire le nez, le détruire en profondeur, en totalité, revêtant ainsi d'autre part la forme térébrante de l'affection. Inutile d'insister sur ce point, attesté par tant et tant d'exemples.

Cela acquis et bien posé, voyons maintenant quelle évolution affecte le phagédinisme scrofuleux et quelles en peuvent être les conséquences. Divers cas se présentent comme début : Ainsi, tantôt le phagédénisme se produit d'emblée sur la lésion scrofuleuse, à laquelle il sert de complication ; tantôt il n'affecte une lésion scrofuleuse qu'après un certain temps, pendant lequel cette lésion est restée exempte de cette complication, a suivi sa marche normale, habituelle.

Une fois déclaré, il poursuit sa marche, mais comment, sous quelle allure, avec quelle variété de marche ? C'est là ce qu'il est essentiel de bien

préciser. Car ici nous allons trouver un caractère majeur du phagédénisme scrofuleux.

Réserve faite pour une catégorie de cas tout à fait spéciaux (dont nous parlerons en temps et lieux) l'évolution du phagédénisme scrofuleux est presque invariablement lente, remarquablement lente, essentiellement chronique d'allure. Le phagédénisme scrofuleux procède pas à pas, lentement, posément, longuement. Ce n'est pas par jours qu'il faut s'attendre à mesurer ses progrès, ce n'est même pas par semaines, c'est tout au plus par mois, quelquefois par année. Souvent même, après avoir atteint une certaine étendue comme surface, une certaine dimension comme profondeur, il s'arrête ou paraît s'arrêter, tant il ne progresse plus que d'une façon lente et minime ; au point qu'alors il paraît somnolent, torpide, immobile.

Somme toute, relativement à d'autres phagédénismes d'ordre hâtif ou précipité (tels que le phagédénisme du chancre simple ou même le phagédénisme térébrant), c'est un phagédénisme très remarquable par sa lenteur d'évolution. Ce n'est pas moins un phagédénisme remarquable par sa durée habituelle, par sa chronicité, possible à tous degrés, même aux degrés les plus faits pour surprendre, pour dépasser tout ce qu'on pourrait croire.

Ainsi un chiffre de quelques années, 2, 3, 4, 5 années constitue-t-il une moyenne qui n'a rien d'exagéré pour le phagédénisme scrofuleux (bien entendu, en dehors des ressources qu'offre le traitement) et qui se présente même comme une normale pour la grande majorité des cas. Mais cette normale, si elle est susceptible d'abaissement pour quelques cas, n'est pas moins susceptible d'élévation pour un plus grand nombre. Il est très habituel de rencontrer en pratique des phagédénismes scrofuleux remontant à 7 ans, 9 ans, 10 ans de date.

Exemple : ce dernier malade entré dans notre service cette semaine même et qui porte l'effroyable phagédénisme du nez et du palais que vous venez de voir. Mais il y a plus. On a vu des phagédénismes scrofuleux vainement combattus par divers traitements (et je dois dire aussi peut-être entretenus, exaspérés, par le fait même de traitements insuffisants, irrationnels, timides ou autres) compter 20 ans, 30 ans d'existence ! Ce n'est même pas le chiffre extrême de durée que puisse atteindre le phagédénisme. Ainsi, pour ne parler que d'un seul cas, M. Devergis a relaté le fait d'un horrible phagédénisme de la face qu'il a observé sur une dame âgée de 58 ans. Ce phagédénisme remontait à l'enfance ; c'est dire qu'il comptait environ 50 ans, un demi-siècle d'existence ! ! Et il était bien loin de paraître en voie de régression à cette époque, tout au contraire.

Aussi — conséquence naturelle — marchant ainsi à pas comptés, suivant une évolution lentement progressive le phagédénisme scrofuleux reste-t-il très habituellement compatible avec l'entretien normal et la conservation de la santé.

(*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

—

A la troisième session triennale du *congrès des médecins et chirurgiens américains* tenue à Washington du 29 mars au 1er juin 1894, nous remarquons, il faut l'avouer, peu de communications très intéressantes.

Le *traitement des fibromes utérins* devait forcément être discuté, et nous y trouvons les mêmes déductions thérapeutiques que celles données dans les autres congrès. Cependant les chirurgiens américains, qui sont loin de manquer d'audace, ne considèrent pas le fibrome utérin, comme certains chirurgiens français, Péan, Doyen par exemple, comme une tumeur ayant les allures d'un néoplasme malin et ne conseillent pas l'intervention chirurgicale comme nécessaire dans tous les cas. Nous voyons, en effet, MM. Lusk, Wylie, Byford et d'autres conseiller les moyens palliatifs et ne préconiser l'intervention que lorsque ceux-ci ont échoué. L'hystérectomie a l'air d'être peu en faveur de l'autre côté de l'Atlantique ; mais elle paraît gagner cependant du terrain et Engelmann, Cushing par exemple, n'hésitent pas à la recommander. En France, qui est en quelque sorte son berceau, l'hystérectomie pour fibrome est de plus en plus pratiquée pour toutes les tumeurs qui ne dépassent pas l'ombilic.

Passons certaines communications sur la *déchirure de l'utérus*, sur la *déchirure du périnée*, l'*urétérite*, pour arriver à un sujet qui intéresse particulièrement les orthopédistes, nous voulons parler de la *diminution de l'angle que forment le col et le corps du fémur chez les adolescents*. L'auteur de ce travail, M. Whitman, pense que cette diminution de l'angle de l'extrémité supérieure du fémur chez certains adolescents ne saurait s'expliquer uniquement par un excès de travail, mais qu'il faut invoquer des causes prédisposantes, telles que l'habitude de prendre des attitudes vicieuses, l'hérédité, une faiblesse générale et locale, de petites déformations acquises dans l'enfance par suite d'une faiblesse du rachis. Et il se fonde sur ce que l'excès de travail ne suffit pas à expliquer la production du pied-plat ou du genu valgum, difformités plus fréquentes que celle dont il veut parler. Cette affection attire d'abord l'attention du malade, par suite de la gêne qu'elle occasionne plutôt que par suite de la douleur. En 1889, Müller a rapporté quatre observations de cette difformité, et M. Whitman, à son tour, en donne quatre cas. Elles sont toutes sur le même type.

C'est un garçon de 16 à 17 ans entré à l'hôpital pour un raccourcissement évident de la jambe droite, avec les signes d'une luxation congénitale de la hanche ; le grand trochanter étant au-dessus de la ligne de Nélaton. Tous les mouvements de la hanche sont possibles ; cependant, l'abduction est diminuée. On sent très bien que la tête fémorale n'a pas quitté la cavité cotyloïde. Le raccourcissement va augmentant graduellement ; la jambe se place de plus en plus en adduction et il se produit un renversement de compensation du bassin. Le malade peut dans certains cas marcher et courir sans fatigue. Le raccourcissement de la jambe a commencé sans aucune cause apparente.

Le repos, le massage, quelques exercices gymnastiques et même dans un cas la traction continue suffirent pour remettre le patient dans son état normal.

Cette affection a déjà été signalée par Müller, par Roser, en 1813. Dernièrement Keetley s'en est occupé. Lauensten l'a observé au niveau des deux fémurs. Cette déformation est rare dans l'enfance si on la compare aux autres déformations rachitiques. Müller, Lauenstein admettent qu'il s'agit là d'un forme locale de rachitisme tardif. Mais c'est là une expression qui prête à confusion. Le rachitisme local, au sens que lui donne Müller, n'a aucun des signes caractéristiques du rachitisme. Pour expliquer la production de cette maladie, M. Whitman croit qu'il faut invoquer une faiblesse spéciale des os. Humphrey affirme qu'il n'y a pas, comme on le croit généralement, une descente graduelle de la tête fémorale depuis l'enfance jusque dans la vieillesse, mais que cette descente s'achève complètement pendant l'adolescence. Lane confirme cette opinion. Si donc il est vrai qu'il se produise, pendant l'adolescence, un mouvement de descente de la tête fémorale, on peut raisonnablement admettre que la difformité précédente est produite par une exagération de ce mouvement. Les traumatismes, le surmenage doivent jouer un rôle. Il ne faudrait pourtant pas nier, l'influence du rachitisme. Le point important est de faire le diagnostic et de ne pas prendre cette lésion pour une luxation congénitale de la hanche. On peu empêcher le développement de cette affection en la diagnostiquant et la traitant de bonne heure.

Le Congrès de Boulogne-sur-Mer

Je ne veux pas que l'*Union médicale* se contente d'un rapport officiel, et je tiens à dire à nos hôtes d'hier l'impression que nous a laissée à tous leur réception et leur bonne œuvre.

Un Congrès d'hydrothérapie marine, c'était une nouveauté ; on aurait pu croire que celui-ci étonnerait bien des gens et n'aurait qu'un succès médiocre. Et, cependant, le traitement marin de la tuberculose, les hôpitaux maritimes, les sanatoriums ont pris depuis quelques années une importance indiscutable et soulevé des problèmes de toutes sortes. C'est ce que nos confrères de Boulogne ont parfaitement compris ; ils ont jugé avec raison que le moment était venu de grouper tous ces faits, de poser des questions précises, et d'inviter les médecins compétents à venir exposer leur pratique et mettre en présence, dans une réunion plénière, les résultats obtenus sous des climats variés, dans des installations différentes, par des esprits diversement orientés.

Nos confrères de Boulogne ont parfaitement réussi. Leur Congrès a été une réunion à la fois sérieuse et aimable, presque intime, intéressante par quelques discussions bien conduites, et sans la moindre note discordante. Il a montré que les questions afférentes à l'hydrothérapie marine sont nombreuses et d'une importance extrême ; qu'on a déjà fait beaucoup de choses excellentes et rendu de grands services, mais qu'il reste bien des points obscurs à éclaircir, bien des progrès à réaliser. Ce sera l'œuvre des hommes qui sont venus prendre part aux travaux de ces derniers jours, et parmi lesquels nous citerons Armaingaud (d'Arcachon), Calot (de Berck), Casse (de Middelkerque), etc. ; ce sera l'œuvre des prochains congrès pour lesquels on s'est donné rendez-vous, qui poseront de nouveaux problèmes, concentreront les efforts et hâteront les conclusions.

Le caractère des hommes qui ont pris cette initiative était la meilleure garantie du succès. Comment serions-nous restés sourds à la voix sympathique des docteurs Ovion,

président de la Société médicale, Aigre, maire de Boulogne, Houzel, notre correspondant de la Société de chirurgie ? Ils ont su tenter les Parisiens, ils ont fait traverser la France aux Girondins, attiré sans peine leurs voisins les Belges et les Anglais. Et comme ils nous ont reçus ! Combien leur accueil a été cordial !

Les séances, présidées par Letulle, ont été remplies de lectures substantielles, enrichies par des colloques improvisés, par l'entrain et l'infatigable jeunesse du professeur Verneuil. Les journées du 25 au 29 juillet 1894, égayées par le mouvement du port de Boulogne et éclairées par un superbe soleil, resteront parmi nos meilleurs souvenirs.

Dans deux ans, nouvelle réunion du Congrès maritime, Ostende ou Arcachon, peu nous importe ; nous demandons à revoir les mêmes hommes et à serrer les mêmes mains.

L.-G. Richelot.

L'*atmosphère marine* est une des plus pures que l'on connaisse, et M. Casse n'en veut pour preuve que ce fait : le temps de pose des plaques photographiques est au bord de la mer d'un tiers plus faible que dans l'intérieur du pays. L'ozone est très abondant dans l'air marin et on peut dire que la guérison de la tuberculose résulte de l'action prolongée de cet air. Le séjour des vrais malades dans les sanatorium maritimes doit donc être long. C'est une des conditions du succès. Lorsqu'il y a du vent et que les vagues se brisent, le goût salé que l'on sent avec les brises après une promenade sur le rivage, est dû à de l'eau de mer pulvérisée qui existe alors à l'état vésiculaire.

— Pour M. Houzel, si les bains pendant la *menstruation* doivent être interdits aux femmes des villes, il n'en est pas de même pour les femmes robustes et bien équilibrées chez lesquelles la menstruation n'est qu'un acte physiologique s'accomplissant silencieusement. Les bains de mer, en réalité, prolongent la vie génitale de la femme et accroissent sa fécondité. Il est certain qu'en s'habituant à prendre des bains de mer, même pendant leurs règles, beaucoup de femmes délicates, neurasthéniques, souffrant d'aménorrhée ou de dysménorrhée verraient cette fonction se régulariser rapidement. Chez les pêcheuses de crevettes et de moules, qui vont dans la mer des heures entières hiver comme été, réglées ou non, les affections utérines sont très rares ; toutes ces femmes sont mêmes unanimes à proclamer les heureux effets de la mer sur leurs règles.

Les femmes peuvent certainement continuer les bains de mer pendant leurs règles, à la condition d'être acclimatées à la mer et de ne pas avoir de ces lésions des annexes qui les rendent très fragiles à la moindre excitation, au plus petit écart de régime.

Les bains de mer continués pendant les règles les favorisant, les augmentant et les régularisant, on peut en tirer grand parti dans les aménorrhées, les dysménorrhées essentielles, et, en général, dans toutes les affections où la circulation et la vitalité utérines ont besoin d'être relevées et rendues plus parfaites.

Les bains de mer hâtent l'arrivée des règles et retardent la ménopause ; enfin, il est certain qu'ils augmentent la fécondité d'une manière remarquable.

— Chacun sait que le traitement marin a une excellente influence sur le *Rachitisme*. M. Leroux est venu apporter de nouvelles observations à l'appui de ce fait. Chez deux enfants qui avaient des troubles digestifs intenses, des chapelets costaux, la déviation des tibias, etc., un séjour de deux ans à Arcachon fut suivi de la disparition des courbures tibiales et du gonflement des épiphyses, en même temps que le poids des malades augmentait considérablement. A Banyuls-sur-Mer on obtient une moyenne de 66 p. 100 et cependant la durée de séjour est insuffisante ; cette durée doit s'élever à deux ans au moins. Souvent on envoie trop tard les rachitiques aux bains de mer et les courbures

persistent après la guérison. Il faut créer dans les sanatorium des pavillons pour les enfants de 13 à 18 mois, destinés à recevoir les rachitiques.

— *Les tuberculeux encombrent les hôpitaux de Paris.* C'est là un fait malheureusement trop certain et que déplore M. LETULLE. Le 16 novembre 1892, il y avait le même jour 1,000 tuberculeux dans les hôpitaux généraux de Paris. Dans le service de M. Letulle, à Saint-Antoine, sur 1,417 malades, il y en a 317 tuberculeux et 11,667 journées de tuberculeux pour 28,554 journées d'hôpital. Il y a eu 73 morts pour les 317 tuberculeux soignés, et c'est là une proportion excessive. En somme, pour le moment, les tuberculeux sont condamnés à aller mourir à l'hôpital sans avoir reçu le moindre essai de traitement rationnel. Le sanatorium que l'on construit à Angicourt sera très dispendieux et ne pourra recevoir que 200 malades au plus.

M. Letulle propose les mesures administratives suivantes, afin de diminuer l'accumulation des phtisiques dans les hôpitaux :

1° Reconnaissance rapide et classement des tuberculeux parisiens indigents ;

2° Emigration rationnelle des tuberculeux curables et distribution des malades dans les sanatoriums provinciaux et les colonies de tuberculeux ;

3° Création de lits d hospice ou de services particuliers pour les phtisiques non transportables ; la journée d'hôpital est pour ces malades une dépense inutile ; leur séjour dans les salles générales, un danger.

— *On fait abus des opérations dans le traitement des végétations adénoïdes.* Tel est du moins l'avis de M. VERNEUIL, qui insiste sur l'influence favorable du séjour maritime sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et les végétations adénoïdes. On ne doit pas, sitôt que l'on a fait le diagnostic de végétations adénoïdes, y porter le bistouri ou le cautère. C'est là une pratique détestable et il faut s'attaquer, avant tout, à la cause générale, à la diathèse. Le curettage donnant souvent de mauvais résultats et favorisant beaucoup les inoculations; on peut le regarder comme dangereux dans les végétations de nature tuberculeuse et la généralisation peut succéder à l'opération. Pour M. Verneuil, il faut réserver le traitement opératoire aux seuls cas sérieux et attacher la plus grande importance au traitement général et hygiénique.

— L'*influence des bains de mer sur les affections du sang, des oreilles et du larynx* a été l'objet de plusieurs communications. MM. LADREIT DE LA CHARRIÈRE et CASTEX considèrent le traitement marin comme indiqué dans les affections à écoulement lorsqu'elles sont de nature scrofulo-tuberculeuse à siège non profond. Au contraire, dans l'otorrhée, le bain de mer peut produire des répercussions profondes, graves et le simple séjour à la mer peut seul alors être conseillé. Lorsqu'il n'y a pas d'écoulement, ce sont seulement les états congestifs et hystériques qui indiquent la mer. Ceux qui dépendent de l'arthritisme, du tabes et la maladie de Ménières, la contre-indiquent. La majeure partie des affections du nez bénéficient du traitement marin, qui est aussi utile dans les hypertrophies amygdaliennes, tandis qu'il est nuisible dans les tuberculoses pharyngiennes. La mer est indiquée dans les diverses hypokinésies laryngées et dans les adénopathies laryngo-trachéales, contreindiquée dans les hyperkinésies, laryngites chroniques, laryngites tuberculeuses et tumeurs.

Pour M. LAVERAND, les affections chroniques du nez, de la gorge et des oreilles se trouvent bien du séjour au bord de la mer. Il faut en excepter : 1° les oreilles qui suppurent et celles qui suppurent par intermittence ; 2° les otites scléreuses et les bourdonnements d'oreille; 3° les affections de la gorge chez les individus sujets aux congestions chez les tuberculeux excitables, et 4° chez les arthritiques prédisposés aux poussées aiguës ou subaiguës.

M. Beaucellier considère la cure marine comme indiquée dans le catarrhe nasal aigu, à répétition pour combattre la prédisposition, dans le catarrhe du pharynx nasal aigu pour empêcher le passage à l'état chronique, dans le catarrhe nasal chronique, dans l'inflammation chronique du pharynx nasal, dans les végétations adénoïdes.

M. Ménard a montré que les injections modificatrices s'ajoutent très heureusement au traitement marin pour combattre les abcès tuberculeux d'origine osseuse. Il s'est servi des injections modificatrices d'éther iodoformé, de naphtol camphré, d'huile gaïacolée. Quelquefois il persiste une petite fistule à la suite de l'opération. Le chirurgien doit s'appliquer avant tout à la maintenir aseptique, afin d'éviter la fistule persistante. Le plus souvent, il faut 4 à 7 ponctions pendant une période de trois mois pour guérir un abcès. Ce sont les abcès précoces survenant dans une coxalgie ou un mal de Pott qui sont les plus difficiles à guérir.

Quelles sont les *indications générales du traitement marin chez les enfants* ? Pour M. Leroux, certaines maladies du système nerveux, paralysie infantile, chorée, atrophie cérébrale, ne sont guère améliorées par le traitement marin.

Les lésions cardiaques, la syphilis héréditaire et les lésions hybrides scrofulo-syphilitiques doivent être éloignées du bord de la mer. Au contraire, beaucoup d'enfants anémiques, lymphatiques, scrofuleux bénins, tuberculeux latents, pourront par le traitement marin être soustraits à la tuberculose de l'avenir.

L'anémie, le lymphatisme, le rachitisme, la scrofule, les tuberculoses externes dites chirurgicales s'en trouveront bien.

Au contraire, les eczémas aigus suintants, l'impétigo aigu, les affections oculaires graves, les otites aiguës douloureuses, les manifestations cutanées prurigineuses, fournissent des contre-indications. Il en est de même des tuberculoses locales accompagnées d'inflammations et de suppurations aiguës, des tuberculoses chirurgicales accompagnées de suppurations abondantes avec cachexie et tuberculoses viscérales. Pour le lupus, les résultats sont en général peu favorables,

La tuberculose pulmonaire, si légère qu'elle soit, paraît une contre-indication du traitement marin et surtout du séjour dans les hôpitaux et sanatorium maritimes.

— M. Houzel a présenté deux malades guéris depuis longtemps de tuberculoses multiples par le traitement marin. Du reste, le savant médecin de Boulogne est loin d'être l'adversaire des interventions chirurgicales bien comprises, employées concurremment avec le traitement maritime et, pour lui, la mer sans le bistouri guérit un grand nombre de tuberculoses ; le bistouri sans la mer n'en peut guérir qu'un nombre limité ; mais ils s'aident mutuellement, ils se complètent l'un l'autre; unis, ils mènent à bien les cas de tuberculose les plus graves et les plus invétérés.

Les malades de M. Houzel se sont mariés et ont eu des enfants sains et, cependant, ils restèrent unis entre eux. Leur histoire est la meilleure preuve qu'on puisse donner de la toute-puissance de la mer, pour reconstituer des sujets absolument envahis par la tuberculose et pour les guérir il faut ajouter cependant que le traitement marin, quelque efficace qu'il soit, est long, ce n'est pas en une saison, ni même en deux qu'il arrive à guérir des sujets profondément atteints. Quand on lui donne à reconstituer un édifice complètement ruiné, il faut qu'il change et qu'il le refasse pierre à pierre, et ce travail demande beaucoup de temps.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Traitement du rhumatisme articulaire aigu simple

Le salicylate de soude est le médicament presque spécifique des rhumatismes articulaires aigus francs. On doit le donner dès le début aux doses de 4 à 8 grammes selon que les malades se montrent plus ou moins sensibles à son action.

On peut formuler la potion suivante :

Salicylate de soude................	4 à 8	grammes
Sirop de fleur d'oranger.......	30	—
Eau de menthe	90	—

à prendre par cuillerées à soupe en 24 heures. Le malade doit être continuellemen sous l'action du médicament et il faudra en prolonger l'emploi tant que la température demeurera élevée, qu'il n'y aura pas de modifications du côté des articulations. Le salicylate entraîne des bourdonnements d'oreille, des vertiges, mais ces accidents sont sans gravité et il est faux de dire qu'il expose aux complications cérébrales.

Ce n'est que lorsque l'amélioration sera franche que l'on baissera peu à peu les doses de salicylate et il faudra encore en continuer l'usage pendant quelques jours lorsque le malade ne souffrira plus.

Les néphrites contre-indiquent le salicylate de soude et chez les brightiques le médicament est dangereux. Cependant il faudra bien se garder de le suspendre à la moindre apparition de l'albumine dans l'urine. L'albuminurie dite fébrile (sans préjuger de sa nature) accompagne souvent le rhumatisme articulaire aigu et n'y a pas plus de gravité que dans les autres maladies infectieuses.

Localement on pourra utiliser les frictions calmantes (liniment chloroformé, baume tranquille) ou mieux se borner à envelopper les articulations malades avec de la ouate et à les immobiliser. Le régime lacté à peu près intégral est le seul convenable ; on pourra donner en outre des œufs, un peu de bouillon, et comme boisson courante, insister sur les eaux légèrement alcalines.

Si le salicylate est contre-indiqué, ce n'est guère que l'antipyrine qui calmera un peu les douleurs. En dehors d'elle, le médecin ne peut que déguiser du mieux possible un traitement expectant quelconque, car la quinine, la médication alcaline à haute dose, sont, quoiqu'on en ait dit, inefficaces.

COURRIER

—

Légion d'honneur. — Ont été promus dans le corps médical :

Au grade d'officier : M. J. Bucquoy, de Paris.

Au grade de chevalier : MM. Ballue, Cartaz, Quénu, Davesne, Weil (A.), Ruault, Marchant (G.), Despagnet, de Paris ; Vinciguerra, d'Oran ; Figuiera, de Nice ; Lacombe, de Montbron ; Hacque, de Mazé ; Souchu-Servinière, de Laval ; Poncet, de Lyon ; Lardier de Rambervillers.

— Nous lisons dans un journal du matin qu'un concours vient d'être organisé pour l'invention d'un nouveau procédé d'épuration ou de stérilisation des eaux de rivière destinées à la boisson.

Les personnes qui désirent concourir devront envoyer avant le 15 septembre, à la préfecture de la Seine, les dossiers et autres pièces destinées à faire connaître les systèmes qu'elles préconisent.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Fournier : Le phagédénisme scrofuleux. — II. Revue de la presse parisienne. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Courrier.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier

(Leçon revue par le professeur)

Le phagédénisme scrofuleux

Dans l'énorme majorité des cas, ou bien le phagédénisme scrofuleux reste sans influence sur la nutrition, ou bien ne réagit sur elle qu'indirectement, soit par les troubles fonctionnels qu'il suscite en certains cas (comme, par exemple, lorsqu'il siège à la gorge), soit par l'état moral qu'il constitue (chagrin, découragement, désespoir, mélancolie, prostration morale, etc.). Mais, par lui-même, alors qu'il n'est pas situé de façon à entraver mécaniquement une fonction, il reste, chose curieuse, indifférent, et n'engendre pas de troubles généraux.

Voyez, comme exemples, nombre de malades dans le service ou dans le service de mes collègues ; voyez ce malade de la salle Saint-Louis, si horriblement maltraité par un phagédénisme qui date de plusieurs années. Tous ces malades sont en bon état, mangent, boivent, vont et viennent ; ils sortiraient bien portants de l'hôpital si leur lésion locale se trouvait guérie.

Ce n'est pas, cependant, que le phagédénisme soit toujours exempt de troubles généraux. En quelques cas, au contraire, il réagit sur la santé, même gravement, très gravement. Et il a de nombreuses voies pour retentir sur l'économie : suppuration abondante et très longtemps entretenue, troubles fonctionnels, séquestration prolongée dans un hôpital, séjour au lit, complications possibles d'inflammation locales d'abcès, de fusées purulentes, érysipèle, et enfin, état moral. Aussi en, quelques cas, s'accompagne-t-il d'anémie, de troubles nutritifs, d'amaigrissement, de dépérissement. Et alors, ou bien une maladie incidente triomphe facilement d'une existence menacée, d'une santé appauvrie, à résistance vitale fortement amoindrie ; ou bien la mort succède à un état de cachexie lente.

C'est en suivant l'évolution que je viens de dire que le phagédénisme scrofuleux aboutit à ces dévastations locales qui en constituent le caractère essentiel. Ces dévastations, ces conséquences ultimes du phagédénisme scrofuleux, quelles sont-elles donc ? Cela me reste à vous dépeindre brièvement.

Elles varient nécessairement suivant que le phagédénisme a affecté telle ou telle de ses deux grandes formes.

Pour le phagédénisme de surface, elles consistent en des ulcérations plus ou moins étendues, parfois considérables, recouvertes ou non d'une carapace croûteuse. C'est ainsi qu'on a vu, en maintes et maintes occasions des ulcérations scrofuleuses envahir tout ou partie d'une région du corps : région sternale, le dos de la main, du poignet et de l'avant-bras, l'épaule et la région supérieure du bras (un ulcère de ce genre ne mesurait pas moins de 20 centimètres de diamètre), des ulcérations scrofuleuses font parfois le tour de la jambe, en la dépouillant de ses téguments sur une partie de sa hauteur. Le lupus ulcéreux envahit fréquemment une large portion du visage, et les cas ne manquent pas dans lesquels toute la face (voire une

partie du cou et du cuir chevelu) ont été envahis par des ulcères de même nature.

Ce sont là déjà des lésions plus qu'importantes, hideuses d'aspect, et très graves comme conséquences. Mais, si graves, si hideuses qu'elles soient, elles n'approchent pas de celles que peut constituer le phagédénisme d'ordre térébrant, qui va produire, comme vous allez le voir, ces délabrements, ces mutilations, ces destructions d'organes ou de régions que j'ai fait défiler devant vous en vous traçant l'histoire du phagédénisme térébrant.

Ainsi, ce que produit le phagédénisme térébrant ce sont des trouées, des mutilations dans les régions qu'il affecte, dans les joues, le menton, le nez, etc.

Le nez, vous le savez, est sa victime de prédilection. Or, il peut être affecté par lui de diverses façons, à des degrés divers. Le plus habituellement, dans les formes relativement bénignes, mitigées, dans ce qu'on est réduit à appeler les formes favorables, il est simplement écorné, échancré, latéralement, sur l'une de ses ailes. D'autres fois, il l'est inférieurement, par la sous-cloison, qui se trouve détruite dans une hauteur variable, de sorte que les deux narines se trouvent réunies, confondues en une seule. Assez fréquemment encore, il est envahi dans toute sa circonférence inférieure, c'est-à-dire sur les deux ovales des narines. Et, de là, l'ulcération remonte de proche en proche, de bas en haut; — de sorte que la portion inférieure du nez se trouve rongée progressivement dans une hauteur variable, hauteur variant entre le quart, le tiers, la moitié, voire les deux tiers de la hauteur totale de l'organe. Et souvent, dans cette variété, il arrive que la région médiane du nez, ce qu'on appelle vulgairement le dos du nez, soit respectée ou du moins soit la dernière à se détruire; de sorte qu'elle persiste au-devant, au-dessus de parties détruites, à la façon d'un auvent, d'un couvercle, d'un chapiteau. Enfin, le nez peut être détruit complètement, anéanti dans toute l'acception du mot. Il n'en reste plus vestige. Et ce qui lui survit, c'est une ouverture triangulaire, béante, rappelant exactement l'ouverture béante des fosses nasales sur une tête de mort.

Ajoutons que, d'ailleurs, le phagédénisme pénètre dans les fosses nasales, et que là il a facilement raison du squelette intérieur de la région. Aussi presque invariablement, les destructions partielles ou totales du nez coïncident-elles avec des nécroses plus étendues de la cloison, de la lame perpendiculaire, de l'ethmoïde, des masses latérales du même os, des cornets, voire quelquefois des os propres, des branches montantes du maxillaire, etc.

Sur d'autres points, même destruction : aux yeux, le phagédénisme scrofuleux envahit quelquefois la paupière inférieure et l'ébrèche, l'échancre, voire la détruit complètement. De là, dénudation partielle du globe oculaire, d'où consécutivement ophtalmie, conjonctivite, kératite, avec toutes les conséquences ultérieures de semblables lésions, taies, albugos, amblyopie, cécité, etc.

A la bouche, la destruction partielle ou complète de la lèvre supérieure est un fait maintes et maintes fois observé. Quelquefois, la lèvre détruite isolément, partiellement dans ses régions médianes, figure après coup une sorte de bec-de-lièvre, comme sur un infirmier du service de M. Lailler. D'autres fois, la lèvre supérieure est absolument détruite, dans toute son

étendue, d'une commissure à l'autre, comme sur une malade que nous avons eue longtemps dans nos salles et qui est actuellement infirmière d'un service voisin. Dans ce cas, toute l'arcade dentaire supérieure reste à nu dans sa partie antérieure, et l'inocclusion de la bouche est permanente.

Assez souvent, d'ailleurs, le travail destructeur se continue sur les gencives ainsi dénudées, qui deviennent fongueuses, ulcérées. Les dents s'ébranlent, l'arcade dentaire se carie ou se nécrose, plusieurs dents tombent et une partie du maxillaire s'écroule à leur suite.

De même enfin, la cavité buccale et la gorge peuvent devenir le siège de dévastations analogues : perforation du palais, mutilations partielles ou complètes du voile palatin qui ou bien est échancré sur son bord libre, ou bien divisé en lambeaux latéraux, ou bien perforé de part en part; mutilations des piliers, du pharynx, de l'épiglotte, etc. Mais je ne fais qu'énoncer sommairement ces dernières lésions, me réservant d'y revenir en détail, alors que dans l'une de nos prochaines réunions je vous retracerai, comme je me le propose, l'histoire parallèle du lupus scrofuleux et du lupus syphilitique de la gorge.

Voilà ce que peut produire, ce que produit fréquemment le phagédénisme d'ordre térébrant. Ajoutons d'ailleurs à l'avance, pour n'avoir pas à revenir encore sur ce point, que la cicatrisation, la cicatrisation elle-même qui est un bienfait en l'espèce, puisqu'elle constitue *in situ* la terminaison de la maladie, apporte quelquefois un élément d'aggravation aux difformités, aux délabrements résultant du processus ulcéreux. Et cela en raison des rétractions inodulaires qui peuvent suivre, des brides difformes qui peuvent se former, des déviations d'organes, des attitudes vicieuses qui sont parfois la conséquence même du travail cicatriciel. C'est la cicatrice, par exemple, qui renverse les paupières et produit l'ectropion, qui les renverse même quelquefois jusqu'au point de les accoler à la face, de les incorporer à la joue, c'est elle qui peut rétrécir l'orifice palpébral, au point de le convertir en une simple fente linéaire; c'est elle qui peut rétrécir les narines au point que leur orifice reste à peine susceptible de laisser passage à une épingle, ou même s'oblitère complètement, absolument; c'est elle qui peut rétrécir l'orifice buccal au point de le réduire à une ouverture ovalaire ou ronde, du diamètre d'une pièce de 50 centimes ou de 20 centimes (pièce de M. Le Dentu); c'est elle qui peut infléchir la tête sur le cou et produire un torticolis permanent; c'est elle qui peut déterminer des flexions forcées, des déviations, des luxations des doigts, des pseudo-ankyloses dans une attitude vicieuse, rendant tout mouvement impossible, ces difformités consécutives des doigts peuvent être telles, dit Siebra, qu'en plusieurs cas elles ont permis la confusion du lupus des extrémités avec la lèpre mutilante. Aussi les cas ne sont-ils pas rares où le phagédénisme scrofuleux le dispute en horreur au phagédénisme térébrant pour les difformités et les infirmités qui peuvent en être la conséquence. C'est ainsi qu'en parcourant les salles de Saint-Louis, vous trouverez toujours à coup sûr quelques malades présentant toute la face envahie par des ulcérations multiples, avec des destructions variables, portant tantôt sur le nez, les joues, le menton, les oreilles et quelquefois sur tous ces points à la fois.

E. Wilson relate un cas dans lequel, après guérison (si tant est qu'on peut appeler cela une guérison) toute la face n'était littéralement qu'une

affreuse cicatrice. Les narines étaient absolument oblitérées ; l'ouverture des paupières n'était plus représentée que par une simple ligne, une fente oblique; la bouche n'existait plus, elle était remplacée par un tout petit orifice circulaire en forme de cul de poule, c'était par là qu'on était forcé d'introduire les aliments, et il va sans dire que les aliments liquides seuls pouvaient trouver passage, grâce à un tuyau, dans ce singulier orifice labial.

Une autre de ses malades, une jeune fille, avait absolument perdu, dit-il, ce qu'on peut appeler une figure humaine. D'abord les paupières inférieures étaient fortement rétractées en bas et en dedans, accolées à la joue et laissaient à nu les globes oculaires fortement hypérémiés par le fait de leur exposition à l'air libre. Ensuite, cette malheureuse n'avait plus vestige de nez. Elle n'avait plus de lèvres, tout cela avait été anéanti. La bouche était remplacée par une simple fente verticale, et cette fente s'ouvrait dans une vaste caverne, dans une sorte de cloaque formé par les fosses nasales, la bouche et le pharynx réunis, car le palais et les os maxillaires avaient disparu. Virchow a de même traité à l'hôpital de Würzbourg une malheureuse femme dont presque toute la face, dit-il, n'était qu'une cicatrice, au milieu de laquelle les cavités nasales s'ouvraient comme un seul et large canal. Il ne restait des yeux que des moignons arrondis. La bouche ne pouvait plus être fermée par suite du raccourcissement de la lèvre supérieure.

Bourdelais, dans une thèse intéressante sur la scrofule des vieillards, relate l'observation d'une malade sur laquelle un lupus phagédénique débuta à l'âge de 65 ans ; cette femme, dix ans plus tard, se trouvait dans l'état le plus pitoyable, dont voici le sommaire : Le nez avait complètement disparu ; les paupières étaient détruites à leur angle interne et l'une d'elles étaient en partie rongée ; la lèvre supérieure n'existait plus ; le bord alvéolaire snpérieur était ou détruit ou en voie d'ulcération ; les incisives étaient tombées depuis longtemps, et les canines, privées d'alvéoles, ne tenaient plus que par quelques adhérences aux parties molles ; les maxillaires supérieurs étaient cariés, etc. En dépit de tout cela, ajoute l'observateur, et en dépit de son âge, la malade conservait tout son appétit, ses fonctions s'exécutait régulièrement, et l'état général restait véritablement satisfaisant.

Billroth relate un cas dans lequel toute la peau de la face avait disparu. De plus le nez, les paupières et les lèvres avaient été complètement détruits ; les yeux aussi avaient disparu par suppuration, et, enfin, les os mis à nu offraient le spectacle le plus épouvantable.

Dieffenbach décrit un cas semblable chez une comtesse polonaise, dont l'aspect du visage, dit-il, ne pouvait être comparé qu'à celui d'une tête de mort.

Tel était de même l'aspect d'une femme traitée par Lebert, aspect si hideux, si terrifiant que les autorités de la petite ville d'Allemagne qu'elle habitait lui avaient fait défense de sortir pendant le jour.

Enfin, vous trouverez cité partout un cas célèbre décrit par le vénérable M. Devergie, qu'il est besoin de connaître et que je vous rappellerai en quelques mots , « J'ai eu sous les yeux l'exemple le plus épouvantable d'un lupus serpigineux sur une dame de 58 ans qui est venue me consulter il y a quelques mois. Cette maladie datait de son enfance, et, bien que soignée

par toutes les illustrations médicales du temps, n'avait fait que s'accroître... Sa physionomie était effrayante et sa situation morale n'était pas moins pitoyable. Qu'on se représente une femme obligée par l'horreur de sa physionomie à se séquestrer dans un couvent depuis de longues années et enfermée dans une chambre dont elle n'était pas sortie depuis deux ans, conservant d'ailleurs le ton et les grandes manières de la noblesse à laquelle elle appartenait, cachée constamment par un voile épais pour se dérober à tous les regards, etc..., Après avoir raconté toutes les phases de sa cruelle maladie, elle finit par découvrir une figure semblable à un spectre hideux, dont la peau rougeâtre, boursouflée çà et là, couturée partout depuis la racine des cheveux jusqu'au thorax, laissé voir en définitive une figure plate, ratatinée, privée de nez, privée de lèvres, à paupières difformes et désorganisées, à globe oculaire rouge d'écrevisse, à cornée opaque, etc.; le front et les oreilles participaient à cet état. Si bien que c'était là la figure la plus effrayante qui puisse s'imaginer... » Que devait-être en effet ce spectacle, pour qu'il ait été décrit en ces termes émus par un dermatologiste habitué de vieille date à toutes les horreurs d'un hôpital comme celui-ci?

Mais j'abrège ce triste tableau, car je n'en finirais pas si je voulais tout dire; ce qui précède suffira, je pense, pour vous dépeindre l'aspect hideux, terrible, presque incroyable même en quelques cas, qu'aboutit à revêtir le phagédénisme scrofuleux.

Dans les cas que j'ai eus en vue jusqu'ici, ces désordres, ces dévastations, ces mutilations du phagédénisme scrofuleux ne s'accomplissent jamais qu'au prix d'une longue, très longue durée. Elles sont le résultat d'un processus ulcéreux longtemps entretenu, lentement progressif. Il leur faut des années pour en arriver à ce degré, et, sans qu'on puisse fixer de règle absolue, il n'est que conforme à l'observation de dire que les lésions étendues, considérables, surtout des lésions de l'ordre de celles dont je viens de parler en dernier lieu, exigent souvent 5, 10, 12, 15 années et plus, pour arriver à cet apogée. Or, s'il en est ainsi pour l'énorme majorité des cas, il n'en est pas toujours, absolument toujours, ainsi.

En certains cas très rares — très rares, ce n'est même pas assez dire, disons mieux, exceptionnels — le phagédénisme scrofuleux se départit de ses habitudes pour affecter une marche rapide, voire pour prendre (en quelques cas plus exceptionnels encore) une véritable marche aiguë, précipitée, galopante.

Et alors ces dévastations que d'ordinaire il accomplit en quelques années, on le voit les accomplir à bref délai, d'une façon véritablement aiguë, c'est-à-dire en quelques mois, parfois en quelques semaines. C'est au phagédénisme de ce genre tout à fait insolite, extraordinaire, qu'on a donné quelquefois le nom de lupus vorace, galopant.

Comme exemple du genre, rappelez-vous ce jeune homme de 19 ans, que ceux d'entre vous qui fréquentent cet hôpital ont pu voir ces dernières années dans mon service d'abord, puis dans celui de mon collègue et ami M. Besnier.

Ce jeune homme fut affecté d'un lupus qui débuta sur les commissures buccales, qui tout d'abord ne s'étendit qu'assez lentement, puis qui, à un moment donné, envahit la lèvre, la face cutanée des joues dans toute son tendue, la langue, le voile du palais, le pharynx. Et tout cela dans l'espace

de quelques mois. Vous avez été témoins de mes efforts et de ceux de M. Besnier. Tout ce qu'il y a de rationnel et de connu a été mis en œuvre pour enrayer la marche étonnamment rapide de cet ulcère ; rien ne réussit, même un instant. Si bien que ce malheureux ayant toute l'arrière-bouche occupée par un vaste ulcère des plus douloureux, toujours progressif, toujours aigu de marche, ne pouvant plus avaler qu'au prix de souffrances horribles, se privant de manger pour se soustraire aux affreuses souffrances que provoquait tout effort de déglutition, finit par mourir de la mort la plus poignante, la plus terrible, à savoir : par mourir littéralement de faim.

D'autres cas ont été cités dans lesquels la marche du phagédénisme scrofuleux a été plus rapide encore : ainsi, sur un malade de Biett, la lèvre supérieure fut dévorée en partie dans un espace de quinze jours.

Un des plus grands maîtres de la dermatologie, un médecin illustre qui a tracé de la scrofule le tableau le plus complet que nous possédions, Bazin, vous l'avez tous nommé, a très bien décrit ce phagédénisme scrofuleux de marche aiguë qui, parfois, dit-il, procède dans ses ravages avec une rapidité incroyable, en détruisant les parties molles, en cariant les os avec une célérité de marche vraiment effrayante : « Ce lupus vorax, dit-il, a son siège ordinaire à la face. Là, en moins d'un mois à six semaines, il ronge le nez, il détruit les lèvres complètement. On voit alors entre les ouvertures nasales, le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde se raccourcir de jour en jour sous l'influence du travail destructeur. La langue elle-même se détruit par parties, pour se trouver bientôt réduite à un moignon informe, placé au fond de l'antre qui représente la bouche et les fosses nasales réunies, par suite de la chûte des dents et de la destruction de la voûte palatine. Le plancher de l'orbite ne tarde pas à s'écrouler et alors les globes oculaires tombent, retenus seulement par les nerfs optiques, auxquels ils restent appendus comme à deux cordes. »

Des cas de ce genre, répétons-le encore, ne sont qu'absolument exceptionnels. Il n'importe pas moins de les connaître, de les avoir en souvenir dans la pratique, pour ne pas être pris en défaut alors qu'on a le malheur de les rencontrer et pour leur opposer une thérapeutique d'énergie proportionnelle à leur caractère de malignité.

En ce qui concerne l'étiologie du phagédénisme scrofuleux, deux points seulement se présentent à spécifier :

1° Le phagédénisme scrofuleux est presque exclusivement une affection de l'enfance et de la jeunesse. Les observations, en effet, s'accordent à placer le maximum de fréquence du phagédénisme scrofuleux entre 15 et 25 ans. Notez bien ce point, Messieurs, car il comporte un intérêt majeur, et nous en tirerons un très utile profit, alors que nous aborderons le parallèle diagnostique du phagédénisme scrofuleux et du phagédénisme térébrant. Il ne faudrait pas méconnaître, toutefois, qu'il peut se produire dans un âge plus avancé, notamment de 30 à 35 ans. Et il importe de savoir aussi qu'on l'a parfois observé dans la vieillesse. Aussi, dans un travail remarquable auxquel j'ai déjà fait allusion, le docteur Bourdelais a relaté plusieurs cas de scrofulides ulcéreux de la face, survenus dans la vieillesse à l'âge de 64, 65 ans et ayant pris un caractère phagédénique des plus menaçants. Mais ce ne sont là que des cas d'exception; et la règle, je le répète

c'est que le phagédénisme se produit dans un âge très peu avancé de la vie, dans l'enfance ou la jeunesse.

2° Les lésions qui nous occupent se produisent, en règle générale, sur des sujets manifestement scrofuleux. Et, en effet, remontez dans les antécédents du malade, vous y trouverez presque constamment des témoignages non équivoques de scrofulose, à savoir : éruption du cuir chevelu dans le jeune âge ; glandage cervical ; maux d'yeux, d'oreilles ; quelquefois lésions osseuses, etc.

De plus, examinez leur constitution, leur facies, leur allure générale, presque toujours vous trouverez chez eux le cachet de la scrofule. Cela est incontestable et d'ailleurs incontesté.

Mais s'il en est ainsi pour la grande majorité des cas, il n'en est pas moins vrai, d'autre part, que dans un certain nombre de cas (qui ne laissent pas de se présenter de temps à autre), les lésions du phagédénisme scrofuleux se produisent sur des sujets absolument exempts de tout antécédent de scrofule, de tout symptôme actuel, de tout cachet de scrofule. Il n'est même pas rare de le voir se développer sur des sujets en apparence bien constitués, ne paraissant entachés d'aucune diathèse, bien portant, vigoureux même, semblant doués d'une forte résistance vitale, sur des sujets en somme jouissant de tous les attributs d'une santé moyenne ou même absolument bonne. Des cas de ce genre ont été maintes fois signalés par divers observateurs. Ici même vous en avez pu recueillir des exemples.

A quoi rattacher le phagédénisme dans ces conditions particulières ?

Avec ceci, nous entrons dans l'étiologie proprement dite du phagédénisme scrofuleux et cette étiologie, il faut bien le reconnaître, est des plus obcures, des plus inconnues, des plus mystérieuses. Vous vous rappelez quelles difficultés déjà nous avons éprouvés à propos du phagédénisme térébrant, alors que nous nous sommes efforcés d'en rechercher les causes. Vous vous rappelez que de points nous avons laissés inexplicables et inexpliqués, que de problèmes nous avons laissés sans solution. Eh bien, ici, ce sera pis encore. En d'autres termes, nous ne savons que bien peu de choses, comme étiologie, du phagédénisme térébrant. Ici, nous ne savons presque rien. Jugez-en d'ailleurs par vous-mêmes.

Relativement au phagédénisme térébrant, nous n'avons pu relever comme données étiologiques que ceci : 1° l'influence possible de quelques causes locales (malpropreté, défaut de pansements, pansements irritants, cautérisations intempestives, etc.) ; 2° l'influence déjà bien plus discutable de quelques causes générales.

Eh bien, en ce qui nous concerne actuellement, les causes locales font défaut le plus souvent dans tous les cas. De par l'expérience, il est absolument rare de rencontrer un cas où la genèse de phagédénisme scrofuleux puisse être expliquée par l'une de ces causes. Et quant aux causes générales (mauvaise conditions d'hygiène, alimentation insuffisante, misère, alcoolisme, excès, débilité constitutionnelle, etc.) elles ne rendent pas mieux compte des faits observés, des résultats de l'observation.

Très souvent, en effet, l'observation montre ceci : d'une part, chez des sujets misérables, mal nourris, mal vêtus, pauvrement constitués, malingres, etc., les scrofulides restent à l'état de scrofulides ordinaires, sans complications phagédéniques, le lupus reste à l'état de lupus vulgaire sans

tendance au phagédénisme; d'autre part, chez des sujets en conditions absolument opposées, jouissant d'une bonne santé et d'une bonne hygiène, le lupus dégénérer, révêtir les formes malignes, phagédéniques. Comment expliquer de tels résultats ? Que deviennent les influences générales devant des résultats si inattendus, renversant toutes les indications rationnelles; mais il y a plus, et avec ceci nous entrons dans le domaine du paradoxal, de l'incroyable, de l'inexplicable à jamais. Etant donné un lupus étendu ou disséminé, comment se fait-il que parfois ce lupus devienne phagédénique sur un point, sur un point exclusif, alors que, partout ailleurs, il conserve sa forme ordinaire, banale, relativement bénigne ? Tout cela nous l'ignorons, et sans doute nous l'ignorerons longtemps encore, si ce n'est toujours.

Au reste, notre ignorance dans l'espèce, veuillez le remarquer, n'a rien de spécial. Il en est ainsi pour la plupart, pour la presque totalité des influences qui constituent en pathologie ce qu'on est convenu d'appeler la malignité. *Malignus, item occultus*, a dit un ancien. Savons-nous, en effet, ce qui constitue la malignité de la pneumonie, de la variole ? Les faits de malignité restent occultes d'essence ; nous ne les connaissons que par leurs résultats cliniques, sans pouvoir en pénétrer les raisons.

Le pronostic du phagédénisme scrofuleux est éminemment grave, affreusement grave en certain cas. Et cela pour des raisons multiples.

Grave d'abord, en soi, par les mutilation auxquelles il expose, mutilations ayant le fâcheux et bien regrettable privilège de porter le plus souvent sur le visage ; grave, en second lieu comme expression, comme traduction d'une disposition maligne de l'organisme ; grave par sa durée toujours très longue, parfois indéfinie, grave par la facilité et la fréquence de ses récidives. Rien de plus commun, par exemple, que de voir un phagédénisme scrofuleux, cicatrisé en partie, paraissant tendre à une terminaison prochaine, reprendre un essor nouveau, s'élargir ou se creuser d'un façon inattendue ; rien de plus commun que de voir, après guérison complète, un phagédénisme se récidiver *in situ* sur une cicatrice accomplie, ou bien se manifester à nouveau sur un autre siège.

Gibert, à ce propos, a cité un fait curieux : Un malade avait perdu le nez par le fait d'un phagédénisme scrofuleux du visage. Désolé de cet infirmité, il s'adressa à Delpech qui lui fit une rhinoplastie et la lui fit très heureusement. Ce malade était donc enchanté de son nouveau nez, lorsque deux ans plus tard survint, sur les joues, une récidive du lupus. Cette récidive se porta sur les joues et sur le nez nouveau ; chose curieuse, sur ce nez fabriqué avec une peau qui n'aurait probablement jamais connu le lupus, si elle ne s'était trouvée transplantée là sur l'emplacement de l'ancien nez.

Enfin le phagédénisme scrofuleux est grave, par l'absence d'une médication véritablement spécifique à lui opposer. Sans doute, nous ne manquons pas d'agents médicamenteux ou hygiéniques contre la scrofule. Mais nous ne possédons rien d'équivalent à ce qu'est le mercure ou l'iodure de potassium contre la syphilis. Aussi sommes-nous bien moins armés contre le phagédénisme scrofuleux que contre le phagédénisme térébrant.

A ces divers titres, comme à d'autres que je passe sous silence, le phagédénisme scrofuleux comporte donc un pronostic des plus graves. Il est

cent fois plus grave, sans contradiction possible, que le phagédénisme térébrant, cela seul vous en dit assez.

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

MEDECINE

Parmi les maladies de l'estomac, il en est une d'une grande rareté : c'est l'affection décrite vers 1870 par Brinton sous le nom de linite plastique. Depuis le chapitre consacré par le clinicien anglais à ce nouvel état morbide et surtout depuis le mémoire classique de MM. Hanot et Gombault en France, on s'accordait assez généralement à considérer cette affection comme sous la dépendance d'une gastrite chronique. C'est cette opinion que MM. Bret et Paviot viennent de combattre dans un substantiel mémoire de la *Revue de médecine* (mai 1894).

S'appuyant sur trois observations dont deux leur sont personnelles, les auteurs lyonnais s'efforcent de démontrer la nature cancéreuse de la maladie de Brinton.

Ils considèrent deux phases évolutives dans l'affection : une première, purement stomacale, à laquelle se limite ordinairement la maladie (c'est d'ailleurs la raison qui a fait ignorer jusque-là sa véritable nature), et une seconde phase : phase péritonéale ou intestinale ou de généralisation.

Pendant la première phase, le clinicien s'arrête d'ordinaire au diagnostic de cancer de l'estomac ; pendant la seconde, la présence fréquente de l'ascite fait penser à une cirrhose du foie, à une péritonite chronique ou même à une obstruction intestinale.

Au point de vue anatomo-pathologique, les auteurs établissent trois catégories de faits : une première catégorie qui comprend les cas où la lésion reste limitée à l'estomac, une deuxième qui renferme les formes diverses de l'affection (c'est la limite avec rétro-péritonite calleuse d'Hanot et Gombault) ; enfin une troisième, constituée par les cas où, aux lésions précédentes, s'ajoutent celles qui résultent de leur extension aux organes abdominaux.

Histologiquement, c'est dans ces manifestations à distance que le processus épithéliomateux est le plus net. Toutefois, au niveau de l'estomac lui-même en dehors des limites de la couche glandulaire, à la base des tubes, dans le chorion lui-même, on constate très nettement des traînées diffuses de cellules épithéliales atipyques en transformation colloïde et muqueuse.

MM. Bret et Paviot concluent que le terme de gastrite chronique sclérosante doit être rayé du cadre nosologique pour faire place à celui de « forme spéciale de cancer squirrheux de l'estomac ».

C'est également d'un syndrôme d'une grande rareté que M. Nimier, dans le même recueil, trace une revue d'ensemble. Notre confrère de l'armée résume et classe les cas d'hémorrhagie du pancréas, dont il établit deux grands groupes : les hémorrhagies spontanées ou apoplexies du pancréas et les hémorrhagies traumatiques.

L'apoplexie peut être foudroyante, la mort subite, presque sans symptômes.

Plus souvent la terminaison fatale n'a lieu que quelques heures après le début des accidents qui sont alors des douleurs abdominales, des signes d'anémie aiguë ou de la diarrhée. Le diagnostic est des plus difficiles et l'on a cru tantôt à une crise de coliques hépatiques, à une péritonite. Dans presque tous les cas, en effet, le phénomène douleur a occupé le premier plan.

Tandis que dans l'apoplexie pancréatique, l'infiltration sanguine a lieu dans la glande

et le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans l'hémorrhagie traumatique le sang se collecte d'ordinaire dans l'arrière cavité des épiploons. Au bout d'un temps variable, on voit apparaître une tuméfaction abdominale produite par l'épanchement de sang pur ou mêlé à du suc pancréatique.

La thérapeutique, impuissante dans l'apoplexie du pancréas, pourra être active dans l'hémorrhagie traumatique elle consistera dans l'ouverture du foyer sanguin par la laparotomie, suivie de la suture de la paroi kystique aux lèvres de la plaie cutanée et dans le drainage.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 juillet 1894

Recherches sur les causes de la toxicité du sérum du sang

(Note de MM. Mairet et Bosc, présentée par M. Bouchard).

Nous avons fait une série d'expériences relativement à l'injection intra-veineuse du sérum sanguin d'un animal (homme, chien) à un animal d'espèce différente (lapin). Ces expériences nous ont montré que, dans ces conditions :

1° Le sérum sanguin entraîne la mort à des doses relativement faibles et légèrement variables suivant l'espèce animale. Ainsi tandis qu'il faut, en moyenne, 15 cc. de sérum humain pour tuer un kilogramme de lapin, il faut 21 cc. 5 de sérum de chien pour obtenir les mêmes résultats.

2° Le sérum tue toujours par coagulation ; on retrouve, à l'autopsie, des thromboses qui peuvent occuper tout ou partie du système veineux. Le sérum du sang de chien a des propriétés coagulatrices plus actives que le sérum du sang de l'homme.

3° Toutefois, si le sérum tue par coagulation, il possède, à côté de ses propriétés coagulatrices, des propriétés toxiques très nettes. Il est possible de séparer ces deux espèces de propriétés, en détruisant l'une d'elles : lorsqu'on ajoute au sérum une certaine quantité de chlorure de sodium et de sulfate de soude, on supprime la propriété coagulatrice, les propriétés toxiques persistantes seules. Il en est de même lorsqu'on traite le sérum, pendant trois quarts d'heure, par la chaleur à 52°-53°.

4° Lorsqu'on étudie comparativement les effets physiologiques produits par le sérum privé ou non de ses propriétés coagulatrices, on trouve que ces effets ont, dans l'un et l'autre cas, la plus grande analogie, si bien qu'on est amené à conclure que la propriété coagulatrice du sérum est une propriété qui se développe rapidement, à un moment donné de l'intoxication et presque à la limite de l'action toxique, surajoutant ainsi ses effets nocifs aux effets toxiques.

Les expériences qui nous ont amenés aux conclusions qui précèdent viennent d'être communiquées à la Société de biologie. Voici maintenant les recherches qui nous ont permis de séparer les matières coagulatrices des matières toxiques et de déterminer leur nature.

En traitant le sérum par la chaleur nous avons acquis la conviction que les propriétés coagulatrices et les propriété toxiques, tout en étant distinctes, devaient être cependant attribués à des substances de nature très voisine. En effet, le degré de chaleur nécessaire pour abolir les propriétés coagulatrices atténue déjà très fortement les propriétés toxiques ; et, comme la plupart des auteurs pensent que les propriétés coagulatrices doivent être attribuées à des matières albuminoïdes, nous avons dirigé nos recherches de ce côté et employé l'alcool qui, on le sait, précipite ces matières.

Nous n'indiquerons pas toutes les expériences que nous avons faites à ce sujet ; nous dirons seulement que certaines d'entre elles nous ont amenés à admettre :

1° Que l'extrait alcoolique n'a aucune propriété toxique et coagulatrice ;

2° Que ces propriétés sont contenues dans le précipité.

Mais nous insisterons davantage sur les expériences qui ont ont permis de séparer les matières toxiques et les matières coagulatrices du sérum.

Pour arriver à ce résultat, nous nous sommes d'abord adressés à l'alcool absolu et à des alcools forts. Ces alcools ne nous ont donné aucun résultat, la mort étant toujours produite par coagulation. Il en a été de même lorsque nous avons traité le sérum par l'alcool à un degré de plus en plus faible.

Nous avons alors traité un même sérum, d'abord par de l'alcool faible (mélange à 30°); puis le filtratum a été de nouveau repris par de l'alcool à un degré plus élevé (mélange à 40°) et nous avons ainsi traité successivement le filtratum par de l'alcool, de façon à obtenir un mélange d'un degré alcoolique de plus en plus élevé. Nous sommes arrivés au chiffre de 80° auquel toutes les matières albuminoïdes sont précipitées.

Nous avons recueilli le plus rapidement possible chacun de ces précipités ; après les avoir essorés et desséchés, nous les avons dissous dans de l'eau distillée et injectés à des lapins.

Le premier précipité, obtenu par un mélange à 30°, tue l'animal par coagulation. A l'autopsie, nous avons constaté une coagulation en masse dans tout le système veineux.

Les autres précipités, obtenus par alcoolisation des filtrata, peuvent tuer l'animal, mais à l'autopsie on ne trouve aucune trace de coagulation sanguine ; les symptômes observés pendant la vie sont ceux que l'on constate à la suite de l'injection de sérum privé de ses propriété coagulatrices, soit par l'action du chlorure de sodium et du sulfate de soude, soit par l'action de la chaleur.

L'alcool faible permet donc de précipiter d'emblée et complètement les matières coagulatrices du sérum et il est facile, en augmentant suffisamment le degré alcoolique, de précipiter, à leur tour, toutes les matières toxiques.

Ces deux espèces de matières étant ainsi séparées, nous nous sommes demandés quelle était leur nature.

A en juger par leurs réactions, elles sont toutes de nature albuminoïde. En effet, comme les matières albuminoïdes, elles sont précipitées par le réactif d'Esbach, le ferrocyanure de potassium, la chaleur en milieu légèrement acide, et elles donnent la réaction du biuret.

Là se bornent nos connaissances à ce sujet ; nous n'avons pu, jusqu'à présent, différencier ces substances d'une manière plus complète.

En résumé, nos expériences nous démontrent :

1° Que le sérum sanguin a deux espèces de propriétés : des propriétés toxiques et des propriétés coagulatrices ;

2° Que les propriétés coagulatrices sont abolies par l'action de la chaleur et par l'adjonction au sérum de chlorure de sodium et de sulfate de soude ;

3° Que les effets symptomatiques produits par les injections intra-veineuses de sérum pur sont dus, en très grande partie, aux propriétés toxiques de ce sérum, les propriétés coagulatrices ne se faisant sentir qu'à un moment donné de l'injection, presque à la limite de l'action toxique ;

4° Que l'effet alcoolique n'a aucune propriété toxique ou coagulatrice, ces propriétés étant renfermées dans le précipité ;

5° Qu'il est possible de séparer par l'alcool les matières toxiques et les matières coagulatrices ;

6° Que ces deux matières, à en juger par leurs réactions, rentrent l'une et l'autre dans le groupe des matières albuminoïdes.

COURRIER

Hopitaux de Bordeaux. — MM. les docteurs Sabrazès, Bitot et Montgour ont été nommés, après concours, médecins adjoints.

Le paquet de pansement dans l'armée française. — Une décision ministérielle, en date du 27 juin 1894, vient de paraître relativement au paquet individuel de pansement. Cette décision règle la composition, le mode d'emploi du paquet individuel, les théories à faire aux hommes sur son usage, le mode de distribution des paquets destinés à l'instruction et des paquets de mobilisation, la constitution des approvisionnements, le mode de port et les détails de confection de la poche destinée à contenir le paquet individuel Ces nouvelles dispositions abrogent les notes ministérielles antérieures.

Le paquet individuel doit être porté, en cas de guerre, par chaque officier ou assimilé et homme de troupe. Ce paquet, de forme rectangulaire, mesure 12 centimètres de longueur, 10 1/2 de largeur, 1/2 d'épaisseur et pèse 50 grammes. Sa composition est la suivante : un plumasseau d'étoupe enveloppée de gaze, une compresse de gaze et une bande en coton, le tout bichlorurée à 3/1000, un morceau de tissu imperméable et deux épingles de sûreté. Ces objets sont contenus dans un sac imperméable revêtu d'une étiquette et le sac est lui-même recouvert par une enveloppe externe en cotonnade grise portant une seconde étiquette indiquant la manière d'ouvrir le paquet et d'appliquer le pansement.

— L'étudiant russe Margoulis a été arrêté à Montpellier le 17 juillet, pour affiliation à une société de malfaiteurs et pour apologie de meurtre, des experts en écriture ayant affirmé que l'écriture d'un placard glorifiant l'assassinat du regretté président Carnot et affiché il y a huit jours à l'Esplanade, était la sienne. Margoulis était sur le point de passer son dernier examen de doctorat en médecine ; il vivait retiré avec des camarades russes. La colonie d'étudiants russes, a à Montpellier, des habitudes retirées et solitaires, quelques-uns d'entre eux ont fait de la politique ; mais la plupart vivent hors de la ville de façon fort modeste : ils auraient un lieu de réunion spécial. — Mais M. Margoulis, qui avait été incarcéré sous l'inculpation d'affiliation à une société de malfaiteurs et d'apologie de meurtre, a été relaxé, l'instruction ayant démontré qu'il n'était pas coupable. La police l'a averti que dans cinq jours il doit avoir quitté le territoire, Margoulis a protesté par lettre adressée au préfet.

(*Progrès médical.*)

Nécrologie. — MM. les docteurs Edouard Dalain, décédé à Pau ; Fabre (du Mans) ; Jaillet, mort à Madagascar ; Moinet, sénateur de la Charente-Inférieure ; Pagès (d'Alençon) et Phelippeau (de Maillezais).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : L'hydrothérapie marine et les arthritiques nerveuses. — II. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Courrier.

L'hydrothérapie marine et les arthritiques nerveuses

par L.-G. Richelot,
professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

Messieurs,

J'ai quelques mots à vous dire sur les contre-indications du traitement marin. Aucune observation détaillée, aucune histoire de malade suivie depuis le commencement jusqu'à la fin de ses douleurs. Ce qui me dispense de vous raconter un fait clinique en particulier, et ce qui me permet de résumer en quelques propositions tout ce que j'ai à vous dire, c'est que les faits sont innombrables et toujours les mêmes ; c'est qu'il s'agit de malades qui ont toutes le même type, qui viennent me dire les mêmes choses et auxquelles je fais les mêmes réponses, ne variant mon langage que pour l'adapter à leur degré d'intelligence ou à la somme de leurs préjugés.

Par la suite de mes travaux, par la volonté des malades qui voient partout et demandent « la spécialité », je suis consulté le plus souvent pour des affections de la cavité pelvienne. Si j'aime la pathologie générale, croyez bien que ce n'est pas la largeur de vues de mes clientes qui m'y a poussé; si je la cultive, c'est que j'ai trouvé, malgré leur résistance et leur aveuglement, qu'il m'était impossible autrement de les bien soigner.

Sur le terrain où je suis placé d'ordinaire, j'ai vu qu'il me fallait diviser les malades, non pas en catégories multiples, mais en deux classes principales, et que cette apparente simplicité, qui n'exclue pas la recherche des variétés importantes, cache une *idée directrice* capable de nous préserver de bien des fautes. Je m'empresse d'ajouter que je n'invente rien et que, dans les faits cliniques que je vous présente à ma façon, il n'y a rien qu'un médecin instruit ne connaisse aussi bien que moi.

Dans un livre tout récemment paru (1) j'ai tenu à montrer ces tendances, et j'ai dit : « Les merveilles réalisées par le traitement local absorbent l'attention et compromettent le jugement; l'esprit médical disparaît. Entre l'impuissance de nos pères, qui soignaient l'utérus avec leur imagination, et la simplicité de nos contemporains, qui n'y voient qu'une cavité malpropre à nettoyer, je pense qu'on doit t-nir un juste milieu, et puiser les indications à la fois dans la connaissance des infections locales et dans celle des tempéraments morbides. » Plus loin. dans le même ouvrage : « Nous ne réduirons à sa juste valeur cette thérapeutique irréfléchie et banale, nous ne ferons clair et compréhensible pour tous le traitement des maladies utéro-ovariennes, qu'à la condition d'étudier non seulement l'utérus, mais la femme, et de voir que nos malades se divisent en deux grandes catégories, dont je supprime, afin de ne pas m'encombrer, les variétés neutres indécises, les hybrides de toutes sortes, pour ne garder que les types essentiels : lymphatiques et arthritiques. » Et je montre comment ces deux genres de malades supportent leurs lésions et obéissent à nos traitements.

(1) L.-G. Richelot, *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*, Paris 1894. O. Doin, éditeur.

Sans doute, il y a des subdivisions, des cas même qui peuvent nous dérouter ; il y a des hérédités en partie double, des tempéraments que l'hygiène, l'alimentation transforment avec l'âge. Mais les deux grands types ne doivent jamais être oubliés.

L'arthritisme ! On l'a nié. disloqué, découpé en tronçons chargés de noms divers. Et ce travail d'émiettement qui détruit toute idée générale, tout rapprochement fécond, les esprits les plus éminents ont paru quelquefois l'encourager par leurs critiques. Mon ami le professeur Grancher, dans une leçon d'ouverture, en 1885 (1), n'a-t-il pas fait quelque reproche à son collègue Bouchard d'avoir trouvé « quinze affections qui relèvent de l'arthritisme », d'avoir trop cherché « l'accord des vieilles doctrines et des faits nouveaux », d'avoir trop concédé à l'influence du terrain, trop peu au rôle des microbes. Il ajoute heureusement : « J'accepte volontiers la filiation, la parenté de ces accidents variés qu'on rattache à l'arthritisme et qui reconnaissent un trouble commun de la nutrition », et cette phrase me suffit.

Quinze affections ! Grancher était loin de compte ; il y en a davantage. La neurasthénie, dont tout le monde parle aujourd'hui, est-elle donc une maladie séparée, indépendante ? Cette « faiblesse irritable » n'est-elle pas un état nerveux sous la dépendance de l'arthritisme ? On le dit maintenant, on cherche à le démontrer par l'analyse de l'urine. J'en suis fort aise, mais je n'ai pas attendu l'analyse de l'urine pour le croire ; il m'a suffi de regarder les malades. Il y a longtemps que les ventres en tablier, les tissus fibreux relâchés, les ligaments flasques, les utérus prolabés ou rétrofléchis n'appartiennent plus, pour moi, aux femmes « molles et lymphatiques », comme le disent encore des travaux signés de noms autorisés.

Qu'on donne des états constitutionnels l'interprétation qu'on voudra, qu'il s'agisse de bacilles, de toxines, de ralentissement de la nutrition, que les divers agents pathogènes se plient d'une façon ou de l'autre au grand fait de l'hérédité, l'arthritisme existe et ne saurait être méconnu ; il forme une famille naturelle que « les tendances analystes de notre époque », si légitimes qu'elles soient, n'ont pas désagrégée, et les malades dont nous parlons sont bien des *arthritiques nerveuses.* Faites-moi grâce, pour aujourd'hui, des trop longs développements dans lesquels je devrais entrer pour expliquer ce mot comme il le mérite et pour le justifier pleinement.

Il ne se passe guère de semaine où je ne rompe une lance en faveur de ces idées, tant les malades, ignorantes et chapitrées à faux, m'en fournissent d'occasions. Telle une de mes opérées, d'un tempérament nettement arthritique et atteinte de névralgie pelvienne, à qui, dès le début de ses douleurs, un spécialiste fort connu avait conseillé les préparations ferrugineuses, à qui Siredey avait prescrit les bains de mer et tous les « fortifiants ». Telle une jeune fille, encore citée dans mon livre, grasse, musclée, rouge, pléthorique, née d'une mère emphysémateuse et robuste comme elle, ayant une névralgie de l'ovaire droit, des points intercostaux, sus-orbitaires, et que des médecins très estimés gorgeaient de vin de Bordeaux, de viande, de quinquina et de fer, à donner des douleurs à une lymphatique. Telle une jeune femme qui m'a consulté il y a quelques semaines, grande et forte, impressionnable, inquiète, ayant des migraines, de la

(1) *Union médicale,* 10 mai 1885.

dyspepsie, et se disant, bien entendu, anémique ; fort étonnée quand je lui dis qu'elle ne l'était pas et lui conseillai de rompre avec le vin rouge, qui d'ailleurs lui faisait mal, avec les grosses viandes et les mets succulents qui lui gonflaient l'estomac. Je n'en finirais pas, les cas que je vous cite sont d'hier : une dame venue de Rouen est soignée depuis dix ans, je lui dis qu'elle est arthritique, c'est la première fois qu'elle entend pareille chose. Elle a des fibromes utérins, de la constipation, des hémorrhoïdes ; figure mince, intelligence vive, courant de l'homœpathie au curé Kneip ; ceux qui aiment les distinctions subtiles l'appelleraient une herpétique. Elle lit des brochures et cherche des remèdes contre l'anémie ; elle choisit les eaux de Salins pour ses fibromes ; ses nerfs seront excités et ses fibromes ne diminueront pas. Une pauvre femme en piteux état vient me trouver : elle a des douleurs articulaires, des névralgies variées ; estomac largement dilaté, ballonnement, aigreurs, vomissements. Elle est concierge dans une maison qui a pour locataire un médecin ; le médecin la soigne avec zèle et autorité, elle absorbe des pilules de fer. Dès le début de ce traitement, la dyspepsie augmente, les vomissements et les douleurs redoublent ; le médecin insiste et pendant plus d'un an, malgré ses plaintes, lui fait prendre du fer, encore du fer, toujours du fer ! Elle est maigre, anéantie, à bout de forces.

Le médecin qui prescrit les fortifiants trouve toujours un terrain merveilleusement préparé. « C'est de la faiblesse », dit la malade, et le médecin répond : « Vous êtes anémique. » La malade pense que le fer lui donnera des forces parce que c'est un métal très dur, très solide ; en vérité, il y a des médecins qui paraissent aussi simplistes que les malades elles-mêmes.

Qu'un médecin, ayant constaté chez une femme nerveuse des signes d'anémie plus ou moins temporaire, juge à propos de la tonifier, je n'y contredis pas ; qu'il trouve même utile, dans certains cas, de lui donner un peu de fer, avec la prudence que réclame l'estomac des arthritiques, je le veux bien encore. Mais, au moins, qu'il le fasse en connaissance de cause, sachant bien où il va ; qu'il n'ait pas l'air d'ignorer que l'anémie des rhumatisants ne se traite pas, d'une façon générale, comme celle des lymphatiques. Ce que je réprouve, c'est l'anémie devenue une rengaine, une explication banale des faiblesses, des migraines et des troubles nerveux ; c'est la méconnaissance des deux grandes séries diathésiques, le lymphatisme d'une part, avec tous les degrés de l'infection tuberculeuse, et d'autre part l'arthritisme, avec ses tendances congestives, ses scléroses, ses névropathies.

Je fais le procès des médecins ; mais ne croyez pas que la chirurgie me paraisse à l'abri des mêmes reproches. Autrefois, les chirurgiens étaient cantonnés dans l'étude de certaines « maladies externes » ; je me rappelle avec étonnement le peu d'idées générales que j'ai reçues de mes premiers maîtres. Aujourd'hui, les barrières sont tombées entre les deux pathologies, et les liens qui les unissent nous apparaissent plus clairement ; mais surtout, par l'extension rapide de leur puissance thérapeutique, les chirurgiens ont appris à faire des diagnostics, à reconnaître des maladies intérieures. Ils sont devenus plus séméiologistes ; sont-ils devenus plus médecins ? J'en doute un peu. Les chirurgiens connaissent bien les femmes nerveuses ; mais, dès qu'ils ont pu dire : « C'est une nerveuse », il semble que

tout soit fini ; il ne s'agit plus de rattacher les symptômes à un tempérament qu'on peut diriger, modifier par la diète et l'hygiène ; c'est le découragement complet, le nihilisme en thérapeutique, l'indifférence — j'allais dire un mot plus sévère — dans les moyens conseillés.

Et maintenant j'arrive — car c'était là mon but — à cet autre « fortifiant » qu'on appelle l'hydrothérapie marine. J'ai lu tout récemment une brochure qui préconise les bains de mer ; parcourons-là ensemble. Elle est écrite par un médecin distingué et de bonne foi ; vous allez voir combien imparfaitement il fait le départ des tempéraments morbides et nous montre les malades qu'il ne faut pas envoyer à la mer.

L'auteur établit que le caractère primordial du traitement marin est d'être excitant. On observe, dit-il, du côté du système nerveux, une surexcitation, des insomnies, ou au contraire une envie irrésistible de dormir, une légère courbature musculaire ; dans la sphère utéro-ovarienne, une action emménagogue pouvant aboutir à de véritables ménorrhagies. Le bain de mer a des propriétés toni-reconstituantes dans l'anémie, altérantes dans la scrofulo-tuberculose, résolutives dans les engorgements ganglionnaires et les tumeurs blanches, substitutives dans les vieilles fistules osseuses. J'avoue qu'il y a là une classification nosologique dont la valeur m'échappe, mais je note avec plaisir que l'auteur met en première ligne, parmi les indications du traitement marin, les tuberculoses osseuses, articulaires, ganglionnaires, cutanées, tout ce qui relève du lymphatisme et de la scrofule aujourd'hui démodée. Il est dans le vrai et n'a pas de peine à me convaincre ; je n'insiste pas, et j'admets tout en bloc.

Mais vient un chapitre consacré aux « maladies des femmes ». Ici, je suis bien obligé d'être un peu plus sévère pour des rapprochements étiologiques contestables, chagrins, frayeurs, refroidissements, obésité précoce ; pour des effets thérapeutiques contradictoires, suppression des métrorrhagies et retour des règles supprimées, action sédative des bains salés, « la moins marquée et tout à fait indirecte », oh ! très indirecte ; enfin, pour certaines opinions émises sur la métrite, les fibromes, les déviations utérines. L'auteur n'est sur un terrain solide que lorsqu'il parle de chloro-anémie et de lymphatisme, et il revendique avec raison l'endométrite accompagnée de la sorte ; il ajoute excellemment que l'eau salée n'a pas d'action favorable sur les métrites avec douleurs vives et congestions faciles. Mais alors, pourquoi la vanter contre « la métrite cervicale des jeunes femmes avec leucorrhée abondante » ? Parce qu'il appelle ces jeunes femmes des lymphatiques et des scrofuleuses. Or, cette forme de métrite, qui n'est pas l'endométrite infectieuse survenant chez tout le monde, sans distinction d'aptitudes morbides, à la suite de l'accouchement ou de la blennorrhagie, cette métrite cervicale qui commence de bonne heure chez le jeune fille, qui, une fois mariée, la rend stérile pendant longtemps, qui la fait venir un jour pour nous montrer son col, gros ou petit, mais catarrheux, pourvu d'œufs de Naboth et d'altérations glandulaires profondes ; regardez-là bien, voyez sur quel terrain elle se développe, n'écoutez pas cette mère qui vous apprend que « c'est de la faiblesse », et qui trouve sa fille lymphatique parce qu'elle a des pertes blanches ; comprenez que c'est une banalité de croire toutes les jeunes femmes lymphatiques, même quand elles sont blondes, comprenez que celle-ci est une arthritique plus ou moins nerveuse ;

que vous allez ruiner son estomac par le fer, le quinquina et l'huile de foie de morue, que vous en ferez une névropathe en cherchant à la fortifier.

Pour les fibromes, l'eau salée serait aussi merveilleuse que l'électricité : régression de la tumeur, relèvement de l'état général. Mais l'état général de ces malades n'est pas seulement l'anémie causée par des hémorrhagies profuses ; la plupart ont même une étonnante aptitude à perdre du sang pendant plusieurs années sans en être affaiblies. Examinez donc leurs hérédités, leurs coïncidences pathologiques, consentez à ne pas trouver ridicule cette relation, déjà signalée par Bazin, entre l'arthritisme et les néoplasmes, et vous serez moins étonné que tant de porteuses de fibromes aient encore une grosse tumeur après vos bains salés, et que votre action résolutive n'ait pas désarmé la chirurgie.

Et les déviations utérines ! Les ligaments ont perdu leur tonicité, l'eau salée est tonique : on devine la conclusion. Vraiment, c'est prendre un jeu de mots pour une réalité. Ne voyez-vous pas que les entéroptoses accompagnent les varices et les divers attributs du rhumatisme ou de la goutte, et que bon nombre de ces relâchées sont des neurasthéniques, dont vous augmenterez, par l'excitation des bains, la « faiblesse irritable ».

Combien j'aime à vous entendre dire que l'herpétisme est une contre-indication à l'usage de l'eau salée, quoique vous sembliez méconnaître le lien qui l'unit aux affections que vous prétendez guérir ! Combien surtout j'aime à voir que l'eau salée ne peut réussir contre les ovaro-salpingites que si elles sont très anciennes et s'il n'y a plus la moindre subacuité ; encore faut-il que le bain soit très mitigé, car les bains trop forts provoquent des poussées de péri-salpingite. Ceci me rappelle Pidoux, qui exerçait aux Eaux-Bonnes; il y recevait des poitrinaires, et comme l'eau sulfureuse leur donnait des hémoptysies, il la leur faisait prendre à la dose d'une cuillerée par jour. N'eût-il pas mieux fait de les renvoyer ?

Mais je m'aperçois que j'ai un manque de mémoire. Je ne sais plus si la brochure dont je viens de vous entretenir est écrite sur les bains de mer ou sur Salies-de-Béarn. Je crois bien... mais peu importe, Salies-de-Béarn ou Salins-du-Jura, Kreuznach ou les bains de mer, c'est tout un au point de vue où je me suis placé. Depuis quelques années, le public médical, qui aime les choses claires, a dans la tête une équation : maladies des femmes — Salies-de-Béarn. Je serais heureux d'avoir pu vous rappeler, sans paraître excessif ni partial, que la pathologie et la thérapeutique ne se divisent pas ainsi en compartiments, et qu'il ne faut pas envoyer sans réserve à Salies, à Salins, à Kreuznach ou à la mer, les arthritiques nerveuses.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

—

Le choléra de Russie et la peste de Chine. — L'assainissement de la Seine et l'emprunt de la ville de Paris. — Le congrès national d'assistance publique de Lyon. — Tolérance du corps humain pour les hautes pressions.

L'état sanitaire est très satisfaisant en France, malgré les quelques cas de typhus qu'on y signale encore çà et là ; mais il n'en est pas de même dans le nord de l'Europe et en Chine.

D'après les informations communiquées par l'Administration au Comité consultatif d'hygiène publique de France, le 23 juillet, le choléra continue

ses ravages en Russie et augmente d'intensité avec les chaleurs. A Saint-Pétersbourg le nombre des cas varie entre 150 et 170 par jour et celui des décès entre 40 et 50. Il y a près de 500 cholériques dans les hôpitaux. L'épidémie a été transportée de Saint-Pétersbourg à Hango (Finlande) par le *Dœbeln*, navire à vapeur qui fait en été le service entre Saint-Pétersbourg et Stockholm, avec escales à Helsingfors, Hango et Abo. En arrivant à Stockholm, le *Dœbeln* avait encore des cholériques à son bord, et il en perdit trois sur rade. On débarqua alors les passagers au nombre de 156. Il en mourut deux dans l'île de Féjan où on les avait internés ; mais la maladie ne se répandit pas dans la ville. En revanche, on en a signalé des cas à Zerijokoï, à Michikëla, Abo, Viborg et même Helsingfors.

Le gouvernement russe s'est ému de cette recrudescence à laquelle il ne s'attendait pas. Il a fait afficher, dans les rues, des conseils hygiéniques s'adressant aux populations ; on a distribué des instructions sanitaires à toutes les administrations ; les compagnies de chemins de fer ont installé des ambulances dans leurs principales stations et disposé des vagons sanitaires. Enfin on a augmenté le personnel des médecins et des sœurs placés sous les ordres de la commission sanitaire qui siège en permanence à l'Hôtel de Ville.

Nous avons parlé déjà des ordres donnés aux cabaretiers, par le lieutenant-général préfet de la capitale, au sujet de la fermeture de leurs débits les dimanches et jours fériés ; il leur est enjoint de plus, sous peine de voir supprimer leur établissement, de surveiller les consommateurs pour qu'ils ne fassent pas d'excès de boissons. Les restaurateurs se sont engagés spontanément à fournir aux pauvres gens de l'eau bouillie ; quelques-uns ont même offert de leur donner des aliments. La commission sanitaire a invité les fabricants et les industriels à se pourvoir d'appareils Yung, afin de pouvoir donner de l'eau stérilisée à leurs employés. Le clergé de Saint Pétersbourg a voulu de son côté s'associer par des prières publiques à l'œuvre du gouvernement.

Cet ensemble de mesures, quelque peu insolites, indique, de la part du gouvernement russe, une inquiétude qui laisse penser que les statistiques de mortalité doivent être au-dessous de la vérité.

Le choléra s'est également réveillé en Galicie et dans le Dukovine. L'Autriche a pris à leur égard les mesures de prophylaxie prescrites par la convention de Dresde et inflige une surveillance de cinq jours aux provenances de ces pays, comme à celles de Russie. On signale également l'apparition du fléau dans quelques localités de la Prusse occidentale, ainsi qu'à Neufahrnasser, port maritime de Dantzig, où il y a eu cinq cas dont deux décès. Une femme est morte le 18 juillet à l'hôpital de Moabite à Berlin. Elle venait de Saint-Pétersbourg.

Pendant que l'épidémie prend une nouvelle vigueur dans le nord de l'Europe, elle paraît s'éteindre sur les bords de la Méditerranée et dans le Levant. Le pèlerinage de la Mecque s'est terminé, cette année, d'une manière favorable.

— La peste prend de l'extension dans l'Extrême-Orient ; la mortalité a augmenté sensiblement à Hong-Kong, dans les premières journées de juin, le chiffre des décès chinois s'élevaient le 13 juin à 90 par jour. C'est le triple de la mortalité du mois de mai, si l'on tient compte de ce fait que 50,000 in-

digènes environ ont émigré depuis le commencement de l'épidémie. La colonie portugaise est très éprouvée et la population anglaise commence à l'être à son tour. Trois résidents anglais ont été emportés en quarante-huit heures. Plusieurs soldats de la même nation ont pris la peste en désinfectant le quartier chinois de Victoria et sont en traitement à bord du ponton ancré en rade. Douze autres Anglais sont entrés à l'hôpital de la ville.

L'épidémie sévit maintenant dans toute l'île. Elle règne également à Canton et les missionnaires estiment à 100,000 le nombre des victimes qu'elle y a faites depuis deux mois. C'est le seizième de la population de cette grande ville. La peste rayonne de là sur les localités voisines. Presque toutes comptent des victimes et, dans le petit village de Fa-Ysin, sur 1,000 habitants, il en est mort 300. Les pluies torrentielles qui régnaient au mois de juin, époque à laquelle remontent ces nouvelles, avaient nettoyé les égouts de Canton et grossi les eaux de la rivière des Perles qui ont emporté à la mer les immondices de la ville. Cette désinfection naturelle est la seule sur laquelle on puisse compter. A Hong-Kong les mesures sanitaires prises par les Anglais (visites domiciliaires, désinfection des maisons, isolement des malades à bord d'un ponton, inhumation dans un cimetière spécial) ont exaspéré la population chinoise et le gouverneur de Hong-Kong a dû revenir sur plusieurs des mesures qu'il avait prises.

On voit, d'après ce qui précède, que la peste n'a rien perdu de sa violence, et c'est bien la peste d'Orient, la peste à bubons du moyen âge qui sévit en ce moment dans cette partie de la Chine.

— La loi qui autorise la ville de Paris à contracter un emprunt de 117 millions pour s'assainir vient enfin d'être promulguée. Le bon sens et le souci de la santé publique ont fini par triompher des intérêts coalisés. Les actionnaires des fabriques de sulfate d'ammoniaque et des compagnies de vidange ont perdu leur procès et les propriétaires de Seine-et-Oise ont échoué dans leur opposition systématique. Ce qu'il y a de mieux à faire maintenant c'est d'oublier ces débats regrettables et de se mettre à l'œuvre pour reparer le temps perdu. Il ne faut pas que le siècle qui s'achève laisse à celui qui va bientôt commencer la peine de terminer cette besogne; il faut qu'elle soit achevée à l'époque de l'Exposition du centenaire, pour que nous n'ayons pas à rougir de notre incurie devant les étrangers qui se donneront alors rendez-vous dans Paris.

Dans cinquante ans, les hommes qui verront couler la Seine limpide et pure, entre ses berges assainies, s'ils viennent à lire ce que nous écrivons aujourd'hui, nous taxeront d'exagération. Ils ne voudront pas croire qu'à une époque si rapprochée de la leur cette belle rivière n'était qu'une sentine, qu'un vaste égout recevant les immondices d'une population de 2 millions et demi d'habitants, sans compter sa banlieue, et qu'une partie de cette population était forcée de boire ces eaux souillées, comme les naturels de la Tunisie qui s'abreuvent à des mares où tout le monde se baigne, où les femmes lavent le linge, où on laisse patauger les bestiaux.

Nous sommes revenus si souvent sur la question de l'épandage et du *tout à l'égout* (1) que nous ne nous arrêterons pas cette fois à en démontrer les avantages; mais, puisque la loi est aujourd'hui promulguée, c'est le

(1) *Union médicale*, 1894. N° 9, p. 97; n° 4, p. 481.

moment d'indiquer l'emploi qu'elle assigne aux 117 millions que la Ville est autorisée à emprunter.

L'article premier de ladite loi le règle de la façon suivante :

1° Travaux d'adduction et d'élévation des eaux d'égout jusqu'aux terrains à affecter à l'épuration agricole ; acquisition de terrains, aménagement de ces terrains, etc.	30.800.000 fr.
2° Achèvement du réseau d'égout de Paris, amélioration d'égouts existants et construction de nouveaux collecteurs.	35.200.000
3° Achèvement de la distribution d'eau, construction de réservoirs, améliorations diverses des conduites des bassins de filtrage, des aqueducs, des canaux, etc., dérivation du Loing et du Lunain.	50.000.000
4° Frais de l'emprunt.	1.500.000
Total. . . .	117.500.000 fr.

Nous rappellerons que, pour compléter le magnifique programme de Belgrand, il reste encore 210 kilomètres d'égouts à construire, qu'une grande partie du réseau existant n'est pas disposée de façon à pouvoir recevoir les déjections et a besoin d'être refaite, que, d'une autre part, les terrains de Gennevilliers et d'Achères ne peuvent guère recevoir plus du tiers des eaux d'égout et qu'il faudra approprier, pour épuiser le reste, des terrains dont nous avons indiqué la situation et qui sont plus éloignés de Paris (1). Nous ajoutions enfin, pour justifier la troisième partie de la dépense, que l'installation du *tout à l'égout* entraîne une consommation d'eau de source de 10 litres par jour et par tête et que la distribution actuelle, malgré l'addition des eaux de l'Avre, ne pourrait pas y suffire, d'où la nécesité de compléter cette distribution par l'adduction du Loing et du Lunain. Enfin, le projet comprend l'installation de nouvelles machines élévatoires à Ivry, l'addition de nouveaux bassins aux réservoirs de Charonne et de Villejuif ; il prévoit aussi le filtrage d'une centaine de mille mètres cubes d'eau de rivière ; il est probable que le procédé qui sera suivi est celui d'Anderson que nous avons décrit dans un autre article (2),

La loi, par son article 6, décide qu'à partir de sa promulgation, la Ville aura un délai de cinq ans pour assurer l'épandage de la totalité de ses eaux d'égout et qu'elle devra se conformer aux prescriptions de l'article 4 de la loi du 4 avril 1889. Cette loi, comme on le sait, prescrit de ne pas répandre sur les terrains d'irrigation plus de 40,000 mètres cubes d'eau d'égout par hectare et par an. Ainsi, comme nous le disions en commençant, la Seine sera rendue à sa pureté primitive, lors de l'Exposition du centenaire. Le tout à l'égout ne sera pas encore à cette époque appliqué dans toute la ville. Les propriétaires ont un délai de trois ans pour faire exécuter la transformation de leurs immeubles et ce délai part du jour où la rue dont ils font partie sera désignée par un arrêté préfectoral, pour être soumise à l'écoulement direct. On calcule qu'il faudra treize ans pour en finir.

(1) La surface totale des champs d'épandage sera de 4,600 hectares, ainsi répartis : Gennevilliers, 800 ; Achères, 800 ; Méry-sur-Oise, 500, auxquels la Ville se propose d'ajouter 1,600 hectares à acheter dans la région de Pierrelaye, Méry, Carrières-sous-Poissy, 900 hectares aux Mureaux.

(2) *Union médicale*, 1893 ; 1er semestre, n° 63, p. 749.

L'emprunt est gagé sur l'établissement d'une taxe que devront supporter les chutes directes et qui sera moins onéreuse que les frais actuels de vidanges. Il y aura donc bénéfices pour les propriétaires.

— Le Congrès national d'assistance publique qui s'est ouvert à Lyon, à la fin de juin, sous la présidence de M. Théophile Roussel, a terminé ses séances le 3 juillet. Parmi les questions qui y ont été traitées, il en est une qui intéresse plus particulièrement l'hygiène, c'est celle qui a trait à la loi du 20 décembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge ; la loi Roussel, pour lui donner le nom qu'elle mérite à si juste titre, puisqu'elle est l'œuvre de l'éminent confrère qui en a été le promoteur et qui l'a dictée.

M. T. Roussel avait depuis longtemps reconnu lui-même que cette loi présentait des lacunes, et qu'elle n'avait pas produit tout le bien qu'on était en droit d'en attendre, parce qu'elle n'avait pas été appliquée dans tous les départements.

Il avait, il y a deux ans environ, fait connaître à l'Académie de médecine, au cours de la discussion sur la dépopulation de la France, les perfectionnements qu'il se proposait d'y apporter et, dans une des dernières séances de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, on avait préparé les bases de la discussion qui devait s'ouvrir au sein du Congrès. Celui-ci a invité les pouvoirs publics à se préoccuper au plus tôt de faire appliquer partout la loi du 20 décembre en adressant des circulaires précises dans leurs termes et énergiques dans leurs prescriptions, aux fonctionnaires de l'ordre administratif et judiciaire. Il a engagé l'administration à maintenir l'accord qui s'est établi entre les services publics et les sociétés privées pour assurer la protection des enfants abandonnés ; enfin, il a donné son approbation à la constitution des sociétés contre la mendicité des enfants.

Le second Congrès national d'assistance publique n'aura lieu qu'en 1898.

— Les travaux dans l'air comprimé sont au nombre des innovations les plus heureuses de l'industrie moderne. Ils permettent seuls l'accomplissement des œuvres sous-marines, la fondatton des piles de ponts dans les rivières profondes, le creusement des bassins de radoub, etc. On n'en est plus à compter les applications de cette méthode ; mais elle n'est pas sans danger pour les ouvriers qui s'y livrent, et elle a occasionné à ses débuts de nombreux accidents dont quelques-uns ont été suivis de mort.

C'est au moment où les hommes vont sortir des appareils, et où la compression cesse que le danger se produit. Il est d'autant plus grand que la pression est plus forte et la profondeur plus grande. Jusqu'ici, on n'a pas pu descendre dans l'eau à plus de 30 mètres au moyen de caissons et à plus de 45 avec les scaphandres ; or, la nécessité d'entreprendre des travaux à des profondeurs beaucoup plus grandes s'est présentée dans la région bordelaise et l'ingénieur chargé de ces travaux, M. Hersent, a dû se livrer, sur ce sujet, à des expériences suivies avec le concours d'une commission composée de MM. les docteurs Layet, Jolyet, Ferré, Ségalas, Cassaët et de M. Pagnard, ingénieur. Les résultats de ces recherches ont été communiqués à la Société d'hygiène de Bordeaux par le docteur Ferré.

Comme la Gironde ne présente pas à Bordeaux de profondeurs de 50 mètres, M. Hersent a été forcé de se servir de cloches sous lesquelles il

pouvait produire des pressions artificielles de 5 k.400 correspondant à une profondeur de 51 mètres dans l'eau de mer.

Il a d'abord expérimenté cette pression sur des chiens qui ont pu sans accidents la supporter pendant 5 heures, à condition qu'on mît une heure et quart à produire la décompression. Enhardi par ces résultats, il a expérimenté sur trois hommes de bonne volonté. En graduant très lentement la pression, en opérant la décompression avec une lenteur croissante, il est arrivé peu à peu à leur faire supporter, sans accidents, cette énorme pression de 5 k. 400. L'un de ces hommes était habitué de longue date à travailler dans l'air comprimé et celui là n'a rien ressenti que les démangeaisons intolérables auxquelles les ouvriers donnent le nom de puces. Un autre a éprouvé des douleurs articulaires dans les coudes et les genoux ; le troisième fut pris de diarrhée et on ne le laissa pas continuer.

Il résulte, en fin de compte, de ces expériences que l'homme peut séjourner impunément pendant une heure dans une atmosphère comprimée à 5 k. 400, à la condition qu'on s'y soumette d'une manière progressive en mettant une heure à arriver à ce chiffre, que la décompression soit également progressive et dure trois heures. Il faut, de plus, qu'on puisse à volonté réchauffer le milieu et en renouveler l'air. La condition la plus importante est la lenteur de la décompression qui doit être surveillée avec le plus grand soin. Jamais, et sous aucun prétexte, les robinets d'arrivée ou de sortie de l'air ne doivent être mis entre les mains des ouvriers.

Jules Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1894. — Présidence de M. Empis.

Des causes de la dépopulation de la France

M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur une communication faite à l'Académie par M. Vidal (d'Hyères), sur les *résultats de la loi Roussel dans le département du Var*. L'auteur s'est efforcé de montrer l'effrayante mortalité qui sévit sur la première enfance et a recherché dans la statistique quelles en étaient les causes ; c'est l'entérite par suite d'une alimentation défectueuse, et la méningite qui déterminent le plus grand nombre de décès.

La lecture de ce rapport soulève une discussion connexe, celle de la dépopulation de la France. Ce n'est pas seulement à la grande mortalité de la première enfance, dit M. Javal, qu'il faut rapporter la cause de la dépopulation. Il y a d'autres facteurs dont i y a lieu de tenir compte.

M. Charpentier estime que c'est à la stérilité volontaire qu'il faut attribuer la dépopulation ; les familles ont peu d'enfants parce que les parents ne veulent pas en avoir ; le médecin est souvent consulté sur les moyens d'arrêter la progression de la famille. Il faut donc intervenir moralement, et il appartient aussi au médecin de faire redouter certaines affections utérines aux femmes qui s'opposent à la conception.

M. Lagneau pense, lui aussi, que la stérilité volontaire est le grand facteur de la dépopulation ; on ne fait pas d'enfants parce qu'on n'en a pas besoin, c'est du moins ce qui se passe dans les campagnes. Il y a l'égoïsme des parents et aussi l'intention d'élever les enfants dans des conditions sociales meilleures.

M. Periard cite à l'appui de la stérilité volontaire ce fait que l'on trouve souvent une famille n'ayant qu'un seul enfant; que cet enfant vienne à mourir vers l'âge de 12 ans, par exemple, l'année suivante la mère devient enceinte; il y a donc eu pendant cette période de douze ans un arrêt volontaire de conception.

M. Guérin attribue une grande influence aux ravages de l'alcoolisme ; celui-ci amène la stérilité dans les familles. Il y a lieu également de tenir compte des idées religieuses chez les catholiques pratiquant il ne saurait y avoir de stérilité volontaire.

M. Javal ne pense pas que l'alcoolisme influe sur la quantité des enfants dans les familles, mais seulement sur la qualité.

M. Lanelongue dit que la question de l'alcoolisme, comme cause de dépopulation, est assez complexe, tel pays, comme le Gers, qui consomme fort peu d'alcool, procrée très peu, tandis que dans tel autre, la Normandie, par exemple, où la consommation de l'alcool est effrayante, le nombre des enfants dans les familles est beaucoup plus élevé il est incontestable, cependant, que les descendants d'alcooliques tendent vers la stérilité. Peut-être faut-il attribuer une grande importance au morcellement de la propriété, les parents voulant laisser à leurs enfants une fortune suffisante.

Cholécystotomie pour lithiase biliaire

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un cas de cholécystotomie pour lithiase biliaire avec cathétérisme et désobstruction des voies biliaires par des injections d'éther.

L'observation de ce cas avait été communiquée à l'Académie par M. Fontan ; à ce propos, M. Dujardin-Beaumetz fait l'historique des interventions chirurgicales sur les voies biliaires et établit surtout le parallèle entre la cholécystentérostomie et la cholécystotomie. La première opération consiste à pratiquer une fistule biliaire intestinale, elle semble *a priori* plus physiologique, mais elle expose à une infection des voies biliaires par les microorganismes de l'intestin ; cette infection se traduit par une fièvre assez semblable à la fièvre intermittente, mais qu'un traitement médical peut prévenir et guérir. Dans la cholécystotomie l'ouverture se fait au dehors, la fistule est cutanée. Il n'y a plus danger d'infection, mais l'écoulement de la bile au dehors constitue une infirmité, et, d'autre part, l'absence de bile dans le tube intestinal amène des troubles digestifs très appréciables. M. Dujardin-Beaumetz estime qu'il faut préférer la cholécystentérostomie à la cholécystotomie lorsque la laparotomie fera reconnaître une oblitération complète et absolue des conduits cholédoques sans espoir de voir se rétablir les fonctions de ce conduit; lorsqu'au contraire, on peut espérer le retour du cours de la bile, on pourra utiliser la cholécystotomie.

M. Blache établit la statistique annuelle du service de la protection de l'enfance, dans le département de la Seine.

M. Kalt présente un appareil destiné à faciliter les lavages complets des diverses parties de l'œil.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Illy, médecin en chef de première classe des colonies, est nommé officier de la Légion d'honneur.

M. Baron, professeur à l'école d'Alfort, est nommé officier du Mérite agricole.

— Par décret, en date du 31 juillet 1894, MM. les docteurs Charrin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Guerlou (de Lalinde) ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1894, M. Malichecq, médecin du lycée de Mont-de-Marsan, est nommé officier de l'Instruction publique.

— L'Empereur d'Autriche vient d'accorder à la veuve du célèbre Pr Billroth une pension annuelle et viagère de 2,000 florins. D'après la loi autrichienne, le maximum des pensions de veuves et de 600 florins. Billroth n'a pas laissé de fortune et le décret impérial rencontre une approbation unanime.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE LYON. — Le Comité d'organisation de ce Congrès, qui s'ouvrira le 25 octobre, a limité à trois les questions qu'il met à l'ordre du jour :

1° Des aphasies.

2° De la valeur clinique du chimisme stomacal.

3° De l'étiologie et de la pathogénie du diabète.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1894, un concours s'ouvrira le 4 février 1895, devant l'Ecole de médecine de Marseille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

A PROPOS DE L'AFFAIRE BLIN. — On se souvient de l'acquittement dont a bénéficié la femme Blin, poursuivie devant les tribunaux du Mans et d'Angers pour exercice illégal de la médecine. Cette femme prétendait guérir tous les malades par des passes magnétiques ; ce n'était pas là, sans doute, pour nos juges, faire de la médecine illégale. Si la loi de l'an IX autorisait les poursuites contre de tels actes, celle du 30 novembre 1892 laisse, paraît-il, les tribunaux impuissants à les réprimer.

Nous tenons à livrer à la méditation de nos lecteurs l'appréciation sur ce fait de nos voisins les Anglais. Cette appréciation tient dans une seule phrase : « *French légal progress strongly ressembles that of a crab*. » (Brit. Med. Journ. 21 juillet).

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Les tailleurs et les étudiants* en Autriche-Hongrie. — L'Union des tailleurs de l'Université de Gratz, en Styrie, a adressé au Rector magnificus de l'Université une requête demandant qu'à l'avenir « nul ne soit mis en possession du diplôme de docteur s'il ne fournit la preuve d'avoir intégralement payé son tailleur. »

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Beraud (d'Ainay-le-Château) ; Lacronicque, médecin principal de première classe en retraite, Séguy (de Saint-Flour), et Laurent (de Sainte-Sévère).

— L'état de valet de chambre de certaines sommités médicales n'est pas à dédaigner! L'autre jour, des experts étaient appelés à évaluer un terrain rue Vaugirard. Ils fixèrent le chiffre à 600,000 florins. Or, cette propriété appartenait à l'ancien valet de chambre de Ricord, et représente le montant des « passe-droits » offerts au fidèle valet, pour franchir le seuil du cabinet du praticien avant le tour de rigueur!

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Du Castel : Pemphigus; pemphigus vrai de Besnier. — II. Académies et sociétés savantes : Société de biologie. — III. Formulaire d'hygiène. — IV. Feuilleton. — V. Courrier.

Hôpital Saint-Louis. — M. Du Castel

—

Pemphigus. — Pemphigus vrai de Besnier

La qualification de pemphigus devrait, d'après M. Besnier, être exclusivement réservée à une maladie grave au plus haut degré, la plus funeste des grandes dermatoses malignes, débutant insidieusement, puis, avec ou sans rémissions ou accalmies, d'un pas égal ou inégal, marchant à une terminaison le plus ordinairement fatale.

Les bulles, qui la caractérisent, sont de dimensions variables, plus souvent grandes que petites ; après leur apparition, elles s'accroissent progressivement et s'élargissent excentriquement ou bien se fusionnent pour former des bulles plus volumineuses; ces bulles sont médiocrement tendues, quelquefois flasques ; elles contiennent un liquide clair au début, qui rapidement louchit et devient opalin ; il est parfois hématoïdique. La peau sur laquelle les bulles se développent, a toutes les apparences normales.

Après la rupture de la bulle, la surface malade ne continue pas à s'élargir; elle sécrète un liquide concrescible plus ou moins abondant qui, en se desséchant, forme des croûtes lamelleuses plates, fines, foliacées dans les premiers stades : plus tard, ces croûtes deviennent plus humides, plus épaisses ; elles recouvrent les surfaces irritées.

Les bulles, isolées au début, deviennent de plus en plus nombreuses et se réunissent pour former de grands placards croûteux à bords polycylciques, tranchant nettement sur la peau saine.

Sous les croûtes, la cicatrisation peut se faire et leur chute met à découvert une macule vasculaire et hématoïdique recouverte d'une mince couche

FEUILLETON

—

La Psychologie de l'amour

C'est une chose infiniment curieuse et étonnante que le développement et la généralisation presque universels des théories transformistes. Après avoir passé presque inaperçues, au commencement de ce siècle, lorsqu'elles furent émises par Lamarck, elles ont reçu des travaux de Darwin une impulsion telle que bientôt, franchissant les bornes toujours un peu limitées du monde savant, elles sont tombées dans la banalité du grand public. Il est bien probable qu'elles l'ont dû surtout à l'énergie des contradictions, à la violence même de la lutte qu'elles ont suscitées, contradictions et luttes auxquelles on s'est rué comme en une mêlée, où toutes les armes semblent bonnes, pourvu qu'elles blessent. Dans l'ardeur du débat, les arguments les plus divers, les plus hétéroclites, les plus inattendus, ont été mis en avant. La science pure en a presque été reléguée au second plan et c'est la philosophie, et c'est la religion, et ce sont les dogmes, qui sont intervenus dans une discussion où ils n'avaient que faire, pour la passionner au grand détriment de la vérité, mais au profit plus grand encore de l'exten-

épithéliale, ou une ulcération qui laisse en guérissant une cicatrice analogue à celle d'une brûlure au second degré ou d'un vésicatoire qui a suppuré. La surface ulcérée peut se recouvrir de bourgeons charnus ; ce phénomène s'observe surtout au niveau des plis, quand deux surfaces ulcérées se trouvent en contact ; c'est le *pemphigus végétant.* Ce processus végétant n'appartient pas en propre à la forme morbide que nous étudions, il peut se rencontrer au niveau de toute affection bulleuse, des bulles des dermatites polymorphes, de celles de l'impétigo herpétiforme.

Les troubles de la sensibilité cutanée qui accompagnent le pemphigus vrai, sont nuls ou peu accusés au début du pemphigus : ils consistent tout au plus en un léger prurit, en quelques fourmillements observés au niveau où l'éruption va se montrer ; un certain nombre de bulles se forment à l'insu des malades et sans être précédées ou accompagnées de phénomènes douloureux qui trahissent leur développement. Cette absence ou cette légèreté des troubles de la sensibilité constitue un élément important dans l'histoire du pemphigus vrai. Les phénomènes douloureux intenses ne se montrent qu'au moment de la dénudation du derme ; leurs vicissitudes se trouvent liées à celles de l'éruption et sont en rapport avec les degrés de la dermite secondaire.

L'affection atteint les muqueuses buccale, linguale, labiale avec une fréquence et une intensité toutes particulières ; les lésions de ces muqueuses se font remarquer par leur précocité, leur étendue; elles ont une importance énorme pour le diagnostic et une valeur caractéristique. Les localisations oculaires et conjonctivales sont, au contraire, des plus rares.

Les premières lésions du pemphigus vrai se montrent sur le pharynx, la bouche, les lèvres, les parties couvertes du corps, la partie antérieure du thorax en particulier ; on voit ensuite l'éruption envahir les membres par placard, surtout les aisselles, la région inguinocrurale, les creux poplités, les coudes, les grands trochanters, les cous-de-pied. La lésion affecte souvent une certaine symètrie ; mais celle-ci est dans beaucoup de cas très relative.

---

sion de la doctrine. C'est au point que celle-ci n'a pas tardé à passer du domaine des sciences naturelles et de la biologie proprement dite, dans celui des études psychologiques auxquelles on adapte, avec le plus grand succès, paraît-il, les procédés de la méthode expérimentale et où on essaie d'appliquer des interprétations basées sur le transformisme.

Je crains qu'il n'y ait là une précipitation excessive et que l'exagération même des conséquences qu'on se hâte de tirer d'une doctrine qui n'est rien moins que démontrée dans l'ordre des faits matériels qu'elle avait seuls en vue, ne lui soit funeste à elle-même. Quand des hommes comme Vogt, Gaudry, de Quatrefages, Romanes qui fut pendant de longues années l'ami et le commensal de Darwin, s'écartent des idées du maître sur quelques-uns des points les plus fondamentaux, ou même les combattent franchement, c'est un symptôme grave pour le triomphe définitif de ces idées.

Darwin, avec la très grande bonne foi de savant, qui est presque sa qualité maîtresse, protestait déjà de son vivant contre les conclusions extrêmes que plusieurs tiraient de ses théories et que lui-même n'acceptait poin. Il protesterait sans doute encore contre l'abus qu'on en fait partout aujourd'hui et craindrait, non sans raison, que la gloire de ses travaux n'en reçût quelque atteinte.

Dans les premiers temps de la maladie, les bulles évoluent rapidement ; en un septenaire, la lésion a abouti à la formation d'une macule plus ou moins exfoliée. Les poussées éruptives se succèdent rapidement. A mesure que la maladie vieillit, il y a ralentissement dans la fréquence des poussées éruptives, ralentissement dans l'évolution de chaque lésion locale en particulier; la résolution des exulcérations ne se fait plus que lentement; les croûtes subsistent longtemps et rappellent par leur aspect celui des croûtes eczémateuses ou d'une dermatite exfoliante.

On peut observer des complications suppuratives, lymphangites, adénites, phlegmons ; elles sont rares ; les accidents du décubitus aigu, compagnon des altérations profondes de l'état général, peuvent se montrer au cours de la maladie.

Dans les cas rares où la maladie aboutit à la guérison, les poussées éruptives s'éloignent et chaque lésion, considérée isolément, évolue rapidement vers la guérison comme au début même de l'affection.

La mort est la terminaison habituelle de la maladie.

Pemphigus foliacé. — A la suite des affections bulleuses, les périodes de dessiccation et de réparation desquamative peuvent survivre pendant un long temps à la période bulleuse ; l'aspect de l'affection rappelle alors, à s'y méprendre, celui d'une dermatite exfoliante. La distinction entre les deux états restera cependant facile dans les cas où, à la suite du pemphigus, une rémission dans l'état général se produira et celui-ci, au lieu d'aller en déclinant comme dans les dermatites exfoliatrices, ira s'améliorant.

Il n'en est pas de même dans les cas où l'état général continue à s'aggraver et où la lésion subit l'évolution que nous allons étudier et que M. Besnier considère comme constituant le *pemphigusfoliacé véritable.*

Après une certaine durée d'un pemphigus bulleux vrai nettement caractérisé, au cours duquel les bulles avaient présenté un développement régulier, celles-ci ne subissent plus l'évolution normale et complète ou ne la subissent qu'exceptionnellement. La lésion n'est plus caractérisée au début que par le soulèvement d'un disque d'épiderme corné macéré ; c'est

---

Le transformisme, au fond, n'est autre chose qu'une vue de l'esprit; conception générale si l'on veut, mais hypothèse pure en réalité. La seule observation vraie sur laquelle il s'appuie est celle d'une sorte de conformité de plan, de gradation plus ou moins sensible dans la conformation des êtres qui constituent l'ensemble du monde vivant, faune et flore comprises. Mais aucune autre des bases de la doctrine ne repose sur des faits réels, qu'ils soient d'observation ou d'expérience. Bien au contraire, toutes les constatations qui ont été faites, les recherches et les tentations si multiples et si variées que ce siècle a accumulées : croisements d'espèces végétales ou animales, déterminations d'espèces fossiles, ont montré d'une part l'impossibilité de rencontrer un seul exemple des innombrables formes de transition qui auraient dû rattacher l'une à l'autre deux espèces voisines et attester leur filiation.

En ce qui concerne, pour prendre un exemple, les animaux de l'époque quaternaire dont les représentants sont encore nos contemporains, tous les squelettes qu'on en a rencontrés et dont il n'est pas exagéré de faire remonter la date à plus de soixante mille ans, ne diffèrent en rien de ceux d'aujourd'hui. Ces animaux n'ont donc pas varié pendant cette longue suite de siècle. Or, Darwin estimait à dix mille ans seulement, le temps nécessaire à façonner une espèce. Faut-il ajouter que, d'après William Thomson,

un simple épaississement œdémateux de l'épiderme; ce n'est plus une bulle remplie de liquide comme au début de l'affection. Le disque épidermique s'épaissit par l'addition à sa face profonde de nouvelles exfoliations. Ainsi se forme à la surface de la peau une plaque nummulaire plate plus ou moins squameuse ou croûteuse : au-dessous d'elle s'accumule un léger suintement eczématique : le tout repose sur une exulcération sans profondeur. La forme des éléments isolés est nettement nummulaire. Une odeur nauséabonde s'échappe des surfaces malades.

Les disques morbides deviennent de plus en plus nombreux, se généralisent à la surface du corps, deviennent contigus ; la desquamation se fait par grands lambeaux au niveau des plis de la peau et l'aspect devient absolument semblable à celui des grandes dermatites exfoliantes ultimes. Le cuir chevelu est envahi, les poils tombent ; les ongles se déforment et peuvent aussi tomber. Les lèvres, la cavité buccale sont atteintes comme au cours du pemphigus typique.

La peau est le siège de sensations pénibles ; mais on ne rencontre pas le prurit intense, parfois atroce, caractéristique d'un grand nombre de dermatoses.

La durée de l'affection est multiannuelle.

La manière, dont l'éminent maître de l'hôpital Saint-Louis comprend le pemphigus foliacé est différente de la conception de l'école d'Hébra. En effet, pour le professeur Kaposi, le pemphigus foliacé se reconnaît à ses bulles flasques dans la partie déclive desquelles s'amassent leur contenu peu abondant et qui devient bientôt trouble ; il se reconnaît surtout à cette circonstance que l'épiderme ne se reproduit pas à la base des bulles. Ce dernier fait résulte de ce que l'enveloppe épidermique de ces bulles va toujours se détachant progressivement des limites primitives de la bulle vers la périphérie, se soulevant en plis successifs qui ressemblent aux lamelles d'un gâteau feuilleté (Butterteiges), d'où le nom de pemphigus foliacé que lui a donné Cazenave.

Rapidement le chorion est mis à nu et présente sur de grandes surfaces

---

ce laps de temps rejetterait l'origine des espèces à une époque où aucun être organisé ne pouvait exister sur notre globe.

Quant à l'apparition des caractères nouveaux qui modifient le type, Darwin reconnaît franchement que la sélection naturelle ne peut que les conserver et les développer, mais qu'elle ne les crée pas. Il faut, d'après lui-même, en attribuer l'apparition à la spontanéité, à l'accident, au hasard. Et c'est aux mêmes causes qu'il attribue cet autre fait, absolument impossible du reste à expliquer autrement par sa doctrine, que des variétés jusque là voisines et fécondes entre elles, lorsque se développaient les caractères qui devaient les séparer, deviennent tout à coup stériles ; et il s'exprime ainsi : « Les espèces ne devant pas leur stérilité mutuelle à l'action accumulatrice de la sélection naturelle et un grand nombre de considérations nous montrant qu'elle ne la doivent pas davantage à un acte de création, nous devons admettre qu'elle a dû naître *incidemment* pendant leur longue formation et se trouver liées à quelques modifications *inconnues* de leur organisation. »

« Ainsi écrivait de Quatrefages à ce sujet, à la base de toute la théorie et comme point de départ, nous trouvons l'accident, le hasard, la spontanéité de l'être, c'est-à-dire

l'aspect de l'eczéma rubrum ; il est humide, suintant, rouge ; le liquide opaque qu'il sécrète se dessèche çà et là en croûtes minces, semblables à du vernis, se fendillant facilement. Les nouvelles lamelles épidermiques, formées sur les surfaces malades, sont aussitôt enlevées soit mécaniquement, soit par une nouvelle exsudation.

En un temps plus ou moins rapide, de quelques mois ou de quelques années, toute la surface du corps est envahie. En ce moment, on ne peut plus nulle part découvrir une bulle ; en aucun point, l'épiderme n'est plus assez épais pour résister à la distension par le liquide ; au lieu de se laisser soulever, il se rompt immédiatement et partant la formation des bulles devient impossible. Toute la surface du tégument est parcourue par des fissures irrégulières dessinant de petits segments de cercles entrecoupés ; dans leurs intervalles, la peau est ici recouverte de croûte, ailleurs humide et suintante, ou sèche et brûnâtre, ou bien elle présente un aspect parcheminé. Les cheveux sont grêles ou tombés; les ongles minces et cassants; il y a ectropion des paupières. Le malade est amaigri; il ne peut ni se coucher ni se mouvoir sans éprouver de grandes douleurs, sans déchirer les enveloppes sans résistance des bulles, sans tirailler les croûtes. La fièvre nulle ou légère, intermittente au début, devient continue dans les derniers temps.

L'accord est loin d'être parfait entre les écoles françaises, américaines. allemandes sur les limites et la symptomatologie précise qu'il convient d'accorder au pemphigus foliacé, sur ses points de contact et ses différences avec un certain nombre de dermatites exfoliatrices. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le pemphigus foliacé est une affection grave, presque fatalement mortelle. Il peut apparaître d'emblée avec ses caractères propres ou se montrer secondairement à la suite d'un pemphigus vulgaire déjà ancien.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Variations physiologiques de la toxicité urinaire

MM. Lapicque et Ch. Marette : En étudiant les urines de deux hommes âgés de 26 à 32 ans, nous sommes arrivés aux résultats suivants : Il n'y a de rapport constant entre

---

l'inconnu ; et, comme couronnement, quand il s'agit d'expliquer la transformation, encore l'accident et l'inconnu. »

On est donc en droit de se demander s'il est absolument légitime au point de vue de la saine méthode scientifique, d'appliquer à d'autres études, dont l'objet et les procédés sont en réalité si différents, les principes d'une théorie si mal assise et si peu démontrée. C'est aller bien vite en besogne, c'est risquer de s'égarer et d'édifier une psychologie baroque, étrange, disparate et que ses prétentions ne sauraient parfois sauver d'une apparence de ridicule.

Je faisais ces réflexions en parcourant un petit livre au titre gracieux : *La Psychologie de l'amour*, dont l'auteur s'est inspiré des lois (?) de l'évolution.

« *L'amour quéqu' c'est que ça ?* » est-on tenté de demander d'abord ; car cela peut s'entendre de beaucoup de manières. En amour, comme au whist, il y a deux écoles : la bonne et la mauvaise. C'est de la bonne qu'il s'agit ici puisque sont éliminées du cadre où s'est renfermé l'auteur, les formes purement physiques où l'instinct et le besoin physiologiques interviennent seuls, ainsi que celles où le choix entre en jeu, mais déterminé par des raisons banales, suspectes ou intéressées. En quoi consiste donc *évolutionistement* parlant, cet état psychique particulier ? Voici comme répond le livre :

aucun des éléments de l'urine que nous avons dosés et la toxicité urinaire. En particulier, la quantité de matière colorante, d'une part, et les pouvoirs myatique et tanique, de l'autre, ne présentent pas de rapports constants et peuvent même varier en sens inverses.

Le pouvoir myatique de l'urine est détruit par l'ébullition ; il résiste au chauffage à 80 degrés.

Les fermentations intestinales (mesurées par la quantité d'acides sulfoconjugués de l'urine) ont une influence sur la toxicité urinaire ; mais la relation n'est pas étroite et es variations de l'une et de l'autre ne sont nullement proportionnelles.

Les variations du régime alimentaire entre les limites habituelles n'ont pas d'action sensible sur la toxicité urinaire.

Un régime composé exclusivement de lait et de riz diminue les fermentations intestinales et fait baisser la toxicité urinaire.

Le régime lacté exclusif des sujets sur lesquels l'urine est recueillie, comprenant une quantité de lait suffisante pour satisfaire l'appétit d'une personne active, soit trois ou quatre litres, augmente notablement la toxicité urinaire ; cette toxicité présente un maximum le troisième jour. Les acides sulfoconjugués sont diminués, les urines deviennent fluorescentes. Les sujets qui fournissent l'urine perdent de leur poids.

L'exercice musculaire plus ou moins intense d'un homme, n'entraînant pas un sentiment de fatigue prononcé, n'a pas d'action sur la toxicité de son urine. L'exercice musculaire qui amène à sa suite un sentiment de fatigue prononcé entraîne une augmentation de la toxicité urinaire.

D'une façon générale, le tableau des phénomènes toxiques chez l'animal soumis à l'injection est resté le même dans les divers cas, c'est-à-dire que la toxicité de nos urines ne varie pas seulement sous les diverses influences n'agissant qu'indirectement et que la cause première de la toxicité urinaire doit être cherchée dans quelque phénomène de nutrition intime. En particulicülier l'apport de substances toxiques (matières extratives ou minérales) par certains aliments semble négligeable.

Nous n'essayerons pas, en ce moment, d'expliquer l'influence paradoxale signalée par nous, du régime lacté, de nouvelles recherches sont nécessaires.

« L'amour est une entité émotive spécifique, consistant dans une variation plus ou moins permanente de l'état affectif et mental d'un sujet, à l'occasion de la réalisation — par la mise en œuvre fortuite d'un processus mental spécialisé — d'une systématisation exclusive et consciente de son instinct sexuel sur un individu de l'autre sexe. » Il faudrait être difficile en fait de définitions pour n'être pas pleinement satisfait de celle-là. Elle est sublime, si c'est une grandeur d'être difficile à comprendre. Je no'serais pas émettre la prétention de l'avoir bien exactement saisie, malgré la peine très consciencieuse que j'ai prise pour cela et je ne me chargerais certainement pas de commenter, d'expliquer ni même de définir les nombreux termes dont elle est composée.

On ne voit déjà pas très bien ce qu'est une « entité émotive » ; je passe cependant sur cette expression pour n'être pas trop rigoureux, nous disons nous-mêmes « entité morbide » sans être sûrs que cela veuille dire quelque chose. Mais quand cette entité devient « spécifique » elle dépasse, pour moi du moins, les bornes de ce que j'appellerai l'entendement obscur. Lorsque, enfin, je vois que cette entité consiste dans une variation « à l'occasion de la réalisation d'une systématisation » fût-ce une systématisation d'instinct et même d'instinct sexuel ; cette réalisation dépendît-t-elle de la plus fortuite des mise en œuvre, il me faut absolument donner ma langue au chat.

Sur un cas de fièvre typhoïde compliqué de parotidite double et suivie de lithiase biliaire

MM. A. GILBERT et L. FOURNIER : Nous avons récemment observé à l'hôpital Tenon un cas de fièvre typhoïde qui se compliqua dès le deuxième jour d'une parotidite double supurée. Le pus contenait, à l'état pur, le staphylocoque doré.

La malade guérit rapidement. Deux mois plus tard elle rentrait à l'hôpital pour une première crise de coliques hépatiques caractérisée par des frissons, une douleur violente siégeant au niveau de la vésicule et irradiée vers l'épigastre des vomissements verdâtres répétés.

Du côté des parotides, il s'est fait évidemment une infection ascendante, dont le mécanisme est aujourd'hui connu. Il faut noter la précocité rare de cette complication et sa bilatéralité qui est presque exceptionnelle.

Enfin, malgré la gravité pronostique de cette double suppuration, notre malade a guéri d'une façon assez rapide.

Quant à l'apparition des signes de lithiase après la fièvre typhoïde, les cas en sont aujourd'hui assez nombreux. D'autre part, les recherches de MM. Dupré, Gilbert et Girode, Chiari ont démontré l'existence d'une infection de l'appareil biliaire par le bacille d'Eberth et en ont établi les conditions et le mécanisme ; elles ont permis de poser l'hypothèse d'une cholécystite typhique lithogène.

Si l'on admet, comme nous sommes portés à le croire, l'origine microbienne de la lithiase, le fait précédent doit être considéré comme un exemple d'infection glandulaire multiple par le staphylocoque doré au niveau des parotides et vraisemblablement par le bacille d'Eberth au niveau de la vésicule. Le mécanisme de l'infection a été le même, mais les résultats en ont varié avec le milieu infecté.

Déformation du corps du fémur dans les fractures et arthrites

M. REGNAULT. — La forme du corps du fémur se modifie dans les fractures anciennes de cet os. Le diamètre antéro-postérieur est diminué et le transverse augmente. A l'intérieur de la luxation congénitale, le pilastre reste postérieur ; mais il s'efface et est très peu accentué.Les bords latéraux sont arrondis. Une coupe perpendiculaire au grand axe donne une forme analogue au fémur d'un singe.

L'évolution de l'amour dans la série animale nous donnera peut-être la clef de l'enigme. Il est purement moteur aux derniers degrés de l'échelle ; plus haut il se double de sensibilité, il est sensitivo-moteur ; puis il se complique d'affection ; il arrive, chez les mammifères les plus élevés de la série, à l'intellectualité ; enfin, chez l'homme, il atteint à la cérébration. Je n'en disconvient pas, mais je continue sinon à ne rien voir du tout, du moins à ne pas distinguer grand'chose.

Cette cérébration résulte d'une perception *spéciale* par ses attributs. » Donc (pour classer un peu nos idées) nous disons : entité spécifique, processus spécialisé, perception spéciale. C'est beaucoup de spécialités, sans compter celle que je possède de ne rien entendre à toutes les autres. Je ne voudrais pas pousser plus loin l'analyse d'une théorie aussi aride que celle-là, car si j'essayais, comme je l'ai fait pour la définitione de m'expliquer comment « l'inconscient » qui est en nous recueille des impressions jointes à des élément d'ordre génital qui, soumis à la loi de l'automatisme, s'organisent en images homogènes qui peuvent rester inconscientes, acquérir l'intensité de l'hallucination ou se transformer en amour, je craindrais de devenir halluciné moi-même.

Il résulte fort heureusement de toutes ces obscurités que l'amour n'est pas une

Dans les fractures du corps, cette déformation s'observe surtout sur le segment supérieur; dans celles du col, elle est moins fréquente et porte alors évidemment sur le corps. L'effacement du pilastre, la disparition très fréquente de la fosse hypotrochantérienne montrent que la cause est bien l'atrophie musculaire, bien connue d'ailleurs.

Sur vingt fractures du col conservées au musée Dupuytren, trois seules ont des indices au-dessous de 80° (on prend les dimensions au-dessous du petit trochanter). Au contraire, sur 41 fractures du corps, 4 avaient un indice inférieur à 70 et 7 entre 70 et 80.

Cette déformation n'est pas due au fait même de la fracture, mais bien à l'importance fonctionnelle consécutive. Elle varie avec l'ancienneté de la fracture, la mauvaise réduction, les soins consécutifs, etc. Les mêmes déformations peuvent s'observer sur les fémurs atteints d'arthrite sèche. Sur 18 fémurs altérés par cette maladie, 9 avaient un indice inférieur à 80. L'arthrite amène donc à un haut degré l'aplatissement du corps du fémur; la forme est la même que dans la fracture ovale sans saillie, avec disparition de la ligne âpre. Cette déformation n'est pas toujours en rapport avec le degré de l'arthrite, mais on ne peut savoir, sur les pièces conservées, si le sujet marchait. Ces connaissances seront utiles pour comprendre la difficulté à obtenir la guérison dans les fractures anciennes mal réduites.

L'anatomiste pourra éviter aussi de prendre pour un caractère de race une malformation.

Etat du cerveau chez un homme mort pendant le coït

M. SUGS a eu l'occasion d'examiner le cerveau d'un jeune homme ayant succombé pendant le coït après un repas copieux. On peut constater l'existence d'un piqueté vasculaire occupant de petits îlots disséminés dans la substance blanche principalement au niveau du genou calleux et au pourtour des fibres de la couronne rayonnante de Reil et de la capsule interne. Il y a extravasation du sang dans la gaine périvasculaire, mais non hémorrhagie véritable. Une lésion du même genre se retrouve dans le cervelet, la protubérance, le bulbe, la moelle. Ce fait démontre une fois de plus le danger qu'il y a à pratiquer le coït après un fort repas.

Hémianopsie fonctionnelle

MM. DEJERINE et VIALLET : On peut, dans les névroses, observer de l'hémianopsie. Cette hémianopsie peut durer fort longtemps et est cependant de nature fonctionnelle,

---

maladie. Ce m'a été un sensible soulagement de l'apprendre; car bien des gens (combien ingrats ou combien malheureux) n'ont pas craint de le considérer comme tel sous prétexte qu'il peut aller jusqu'à l'obsession, friser même l'impulsion! Agréable obsession toutefois, convenez-en, et douces impulsions; mais les plus venimeux serpents ne se cachent-ils pas sous les plus belles fleurs? Il est une chose aussi à quoi je suis étonné que les calomniateurs de l'amour n'aient pas pensé : c'est sa contagiosité. On affirme, d'après de nombreuses observations, qu'elle est réelle. Mais alors, il relève évidemment de la bactériologie; à quand la découverte de son bacille?

Est-ce un *coccus?* Est-il micro, diplo, strepto ou gono? Je penche volontiers vers cette dernière hypothèse. Qu'on nous le trouve bien vite. Jamais trouvaille n'aura eu plus de prix. En voyez-vous d'avance les incalculables conséquences? On en aurait des cultures variées, à virulence atténuée ou exaspérée. On vaccinerait contre le fléau, les sages préventivement, les enragés curativement. Ce serait fini de l'affreuse torture qu'on souffre à aimer sans espoir de retour. Quel calme, quelle sérénité, quelle paix répandue sur le monde entier par la guérison assurée de cette peste, dont un vieux refrain dit :

... Mal d'amour n'a pas de repos,
Je le sais bien par moi-même.

ne s'accompagne d'aucune altération matérielle des centres ou des conducteurs optiques. La variabilité des limites du demi-champ visuel conservé permettent de distinguer cette héminocopsie de celle de cause organique. Ce symptôme ne peut être simulé.

MM. Déjerine et Viallet ont trouvé l'hémianopsie fonctionnelle chez un neurasthénique ordinaire et chez un neurasthénique traumatique; il y avait de grandes variations dans les limites des deux demi-champs visuels conservés; la cause de ces variations est restée inconnue.

La toxicité du sérum du sang

MM. Moiret et Bosc ont constaté que l'extrait alcoolique et l'extrait éthéré du sérum n'ont ni propriétés coagulatrices ni propriétés toxiques. Ces propriétés existent dans le précipité qui se forme par addition d'alcool et qui contient et les matières coagulantes et les matières toxiques. Les auteurs en employant des alcools de plus en plus forts sont parvenus à séparer les principes coagulateurs et les principes toxiques. Ces deux principes sont des matières albuminoïdes.

Substances toxiques dans l'estomac

MM. Cassaet et Benech ont isolé du contenu de l'estomac des dilatés hyperchlorhydriques une substance qui produit très facilement le coma. Cette matière est, en outre, sialogène, diurétique, diastolique et hypéresthésique.

FORMULAIRE D'HYGIENE

—

Examen des viandes de boucherie (*fin*)

2° *Viande de porc.* — La qualité de la viande du porc dépend surtout de la manière dont il est nourri. Les meilleurs sont ceux qu'on élève avec des grains, du son ou des pommes de terre et qu'on met au régime du lait pendant les derniers jours de la vie. Il est rare qu'on en prenne tant de soin, à la campagne surtout, on les laisse manger tout ce qu'ils trouvent et chacun sait qu'ils dévorent les choses les plus immondes.

La viande du porc bien soigné est blanche, parfumée, d'un grain fin, le lard est ferme et blanc comme la neige.

Le porc est sujet à des maladies dont quelques-unes sont transmissibles à l'homme.

Le niveau moral de l'humanité en serait immédiatement relevé. Mais son niveau physique, me dira-t-on, croyez-vous qu'il s'en accommode aussi facilement? Est-ce par ce temps de dépopulation menaçante que vous voudriez risquer la suppression d'un stimulus si efficace? Cher confrère, mon ami, je ne partage point votre terreur. Songez qu'il ne s'agit ici que d'une forme unique d'entité émotive, dans laquelle le choix se fixe absolument sur un seul sujet et que l'auteur déclare cette forme « exceptionnelle ». Voici une affirmation, entre parenthèses, qui n'est pas pour rassurer les femmes inquiètes sur le chapitre de la constance. Il reste donc les autres formes, les formes purement instinctives ou sans choix et celles qu'on pourrait dénommer à choix multiple. Leur grand nombre me rassure.

Par conséquent, niveau moral et niveau physique, voilà deux points qui ne me donnent aucune inquiétude. Je n'ai point le même optimisme en ce qui concerne le niveau intellectuel. On ne badine pas avec l'amour, ou on ne le fait pas impunément. N'en suis-je pas un exemple frappant et ne voyez-vous pas — si par un excès d'habituelle indulgence vous vous êtes imposé jusqu'au bout la lecture de ces quelques cent lignes — combien, pour avoir voulu plaisanter avec lui, je me suis honteusement embourbé dans une mare d'incohérences.

Il en est trois qui doivent appeler l'attention : la *tuberculose*, la *ladrerie*, et la *trichinose*.

La tuberculose est beaucoup plus rare que dans l'espèce bovine. On la reconnaît chez l'animal vivant à la pâleur des muqueuses, à l'amaigrissement, à la flacidité des chairs ; sur l'animal abattu, à la présence de masses tuberculeuses dans les poumons, les plèvres et les ganglions lymphatiques. La viande de porc, au point de vue de la saisie, doit être soumise aux mêmes règles que celle du bœuf.

La ladrerie est beaucoup plus commune. On la reconnaît, chez l'animal vivant, à la présence sous la langue de petits kystes contenant le cysticerque ; sur l'animal abattu on les trouve de préférence dans les muscles de la langue, du cou, des épaules, dans les psoas, les intercostaux et le triangulaire du sternum. Ce sont des vésicules elliptiques demi-transparentes, avec une tache blanche opaque sur un des côtés.

Au microscope et à un très faible grossissement, on aperçoit le *scolex* avec ses ventouses, son rostre conique et sa couronne de crochets.

Dans la viande salée, les cysticerques se présentent sous la forme de petits corps arrondis, rosés, du volume d'un grain de mil. Il est inutile de rappeler que c'est le cysticerque du porc qui se transforme en *tœnia solium* dans l'intestin de l'homme et que toute viande qui en renferme doit être rejetée et détruite.

La trichinose se reconnaît à la présence de kystes beaucoup plus petits que les précédents ; ils n'ont que 2 à 3 dixièmes de millimètres. Ils se trouvent surtout dans les piliers du diaphragme, les muscles du larynx, ceux du cou, les intercostaux et plus rarement ceux des membres. Ils sont situés entre les faisceaux musculaires, mais, pour les découvrir, il faut avoir recours au microscope, à cause de leur petitesse.

Pour cet examen, on enlève avec le rasoir, dans l'épaisseur de la pièce de viande suspecte, des lamelles aussi minces que possible ; on les traite par la solution alcaline faible et on les place entre deux lames de verre qu'on fait glisser l'une sur l'autre pour bien étaler les tissus. Puis on les examine au microscope, à un grossissement de 70 diamètres. On aperçoit alors les petits kystes avec leur forme ellepsoïde et au centre la trichine enroulée une ou deux fois sur elle-même.

Les trichines ont une grande résistance vitale. La salaison et la fumure ne les détruisent pas sûrement, elles résistent au froid, mais la chaleur les tue. Il faut la porter à

Pour conclure avec une apparence de raison, je crois que la psychologie ne s'accommode point encore des procédés de la physiologie et ne relève point du laboratoire. Ce n'est point par elles que se sauveront les doctrines transformistes. Les variations brodées sur les thèmes empruntés au mélange des deux sciences peuvent être fort brillantes et réunir, — c'est le cas pour le livre dont je parle — toutes les qualités d'un virtuose de la plume, elles n'en sont pas moins de simples curiosités ou des tours de force intellectuels. Le flot de sonorités confuses où elles noient notre entendement ne vaut point, à mon avis, une bonne mélodie bien simple et bien claire dont nos oreilles discernent aisément toutes les pensées.

L'épicurien qui a dit : « L'amour est la reconnaissance du plaisir », est sans doute quelque peu brutal dans la concision de sa franchise. Mais cette définition n'est-elle pas plus compréhensive, plus décente même que la précédente ; qui sait si elle n'est pas plus près de la vérité ? Mettons, pour n'être pas d'un trop grossier sensualisme, qu'il est la reconnaissance du bonheur, et je crois que nous ne tromperons guère dans l'immense majorité des cas.

---

60 degrés et s'assurer qu'elle a pénétré jusqu'au centre du morceau. Dans la pratique, il faut faire bouillir les jambons *à raison d'une heure par kilogramme* et, pour la viande rôtie, il faut prolonger la cuisson jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus de *jus rosé* lorsqu'on découpe la partie la plus épaisse du morceau de viande.

COURRIER

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés.

Officiers de l'instruction publique : MM. Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Blarez, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bodin, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Bourquelot, agrégé, chargé de cours à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Caillol de Poncy, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marselle ; Courchet, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier ; Deroye, directeur de l'Ecole de médecine de Dijon ; Fleury, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes.

Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Laguesse, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon ; Lemaître, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges.

Malichecq, médecin du lycée de Mont-de-Marsan ; Moynier de Villepoix, chef des travaux à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Raimbault, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers ; Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Marc Sée, chirurgien du lycée Saint-Louis.

Tedenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Tinel, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Trabut, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

Officiers d'académie. — MM. Belin, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; Bellamy, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes ; Bertin, chef de travaux à la Faculté de médecine de Montpellier.

Demoulin, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; Denigès, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Ducamp, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Estor, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Gourret, suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille ; Haushalter, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Herpin, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Hervoët, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Houdas, préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Meslans, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Peugniez, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Prenant, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Rivière, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Sandoz, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Soulié, suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE.— Voici le règlement de la première session établi par le comité d'organisation.

1. La première session du Congrès français de médecine interne s'ouvrira le jeudi 25 octobre, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Lyon, et siégera du 25 au 29 octobre inclus.

2. Le français est la seule langue du Congrès.

3. Le Congrès se composera de tous les médecins qui se seront fait inscrire comme membres et auront acquitté la cotisation fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine pourront être admis comme membres associés en payant une cotisation de 10 francs.

4. La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser 15 minutes, les observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser 10 minutes. Les membres du Congrès pourront se faire inscrire à l'avance pour prendre la parole sur les questions proposées.

5. Le textes des communications, ou des observations présentées au cours de la discussion, devra être remis aux secrétaires à la fin de la séance.

6. Le titre des communications à faire devra être adressé le plus tôt possible au secrétaire général, et lui parvenir au plus tard le 10 octobre. Les communications annoncées après cette date seront placées à la suite de l'ordre du jour, et ne figureront pas sur les programmes imprimés.

7. Les communications seront inscrites dans l'ordre de leur réception ; toutefois, celles qui se rattachent à l'une des questions proposées par le comité seront mises à l'ordre du jour de la séance où cette question sera discutée.

Le comité se réserve le droit de grouper dans l'ordre du jour les autres communications suivant la similitude de leurs objets. S'il en était besoin pour épuiser l'ordre du jour, plusieurs séances pourraient avoir lieu parallèlement dans les locaux voisins.

8. Le comité d'organisation se tiendra à la disposition des membres du Congrès étrangers à la ville, pour leur obtenir à l'avance tous les renseignements qui pourront leur être utiles pour leur séjour.

Drains en catgut. — M. Desquin (d'Anvers), a présenté dans la dernière séance de la Société belge de chirurgie des drains obtenus par l'enlacement en long et en large de fils de catgut constituant des tubes de dimensions variables.

Ils peuvent subir la stérilisation par la chaleur ou les procédés chimiques sans altérer et remplacer les tubes en os décalcifiés. Ils sont moins rigides que ceux-ci, résorbables et plus poreux. Ce sont donc les instruments d'un drainage idéal.

Le monument de Charcot. — Il vient de se former un Comité allemand de propagande en faveur de cette œuvre. Parmi ses membres, signalons les noms de M. Erb (de Heidelberg), Jolly (de Berlin), Curshsmann (de Leipzig), Von Zienmsen (de Mudich), Werminke (de Breslau), Schultz (de Bonn), Von Strumpell (d'Erlangen), Von Recklinghausen (de Strasbourg), Mendel et Leyden (de Berlin), Kussmaull (de Heidelberg), Binswanger (de Iéna), etc., etc.

Le conseil municipal va prochainement donner de nouveaux noms à quelques rues. Deux rues voisines de la Salpêtrière prendront les noms de rue Charcot st rue Ulysse Trélat. La rue Saint-François-de-Sales prolongée deviendra rue Trousseau.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. ROCHARD : Hygiène des écoles. — II. Congrès d'hydrothérapie marine. — III. Revue de la presse de province. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — V. A propos du secret professionnel. — VI. COURRIER.

*Les ateliers étant fermés le jour de l'Assomption, l'*Union médicale *ne paraîtra pas jeudi.*

HYGIÈNE DES ÉCOLES

—

A aucune époque, on ne s'est autant préoccupé de la santé des enfants, de leur éducation et des moyens de les concilier toutes deux. L'hygiène des écoles est un des sujets qui ont été le plus travaillé depuis vingt ans et qui ont le plus fortement éveillé la sollicitude des administrations.

Ce mouvement s'est produit à la suite de la guerre franco-allemande. Au lieu d'attribuer nos revers à notre imprévoyance et à l'habileté avec laquelle les Allemands avaient depuis longtemps organisé leurs armées dans un but d'agression, on a préféré les mettre sur le compte de l'infériorité d'instruction que révélaient chez nous les statistiques.

Parmi les nations du nord de l'Europe nous étions celle qui comptait le plus d'illettrés. Nous ne pouvions pas laisser cette supériorité à nos ennemis, et, sous cette impulsion patriotique, on se mit à l'œuvre avec une ardeur qui ne s'est pas démentie. En même temps qu'elle réorganisait son armée, la France créait des écoles sur toute l'étendue de son territoire et consacrait à cette œuvre 700 millions de francs.

Le résultat obtenu a été à la hauteur des sacrifices consentis.

Nous possédons aujourd'hui 75,000 écoles publiques ou libres, laïques ou congréganistes qui recoivent chaque année cinq millions d'enfants, on peut les citer partout comme des modèles non seulement sous le rapport de la construction qui a bénéficié de cette grande expérience; mais encore au point de vue de leur fonctionnement, de leur hygiène et des mesures de prophylaxie qui y sont appliquées.

I. Construction. — Le premier règlement concernant la construction, l'ameublement des écoles primaires porte la date du 17 juin 1880. Bien qu'il ait été élaboré par une commission très compétente, il souleva de nombreuses réclamations de la part des communes, l'administration s'en émut et provoqua au Trocadéro une exposition de bâtiment scolaire à la suite de laquelle le ministre de l'instruction publique nomma une commission d'enquête par arrêté du 24 janvier 1882. Le rapport de cette commission, rédigé par le docteur Javal, est une des meilleures études d'hygiène scolaire que nous possédions. Il a fourni la base de l'instruction du 28 juillet 1882, sur la construction des écoles primaires élémentaires et des écoles maternelles

Une circulaire émanant du ministère de l'Instruction publique, en date du 29 août 1892 a prescrit de ne jamais construire une école sans que le Conseil départemental d'hygiène ait formulé *son avis tant sur l'emplacement que sur les plans et devis des travaux.*

C'est en exécution de cette circulaire que l'année suivante le préfet de police soumit à l'examen du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine les plans de cinq écoles en projet dans le département et le Conseil a adopté les conclusions du rapport que M. Bunel lui a soumis à la séance du 4 août

1893. Ce sont là les sources officielles aux quelles nous avons emprunté les indications qui vont suivre :

1° *Conditions générales*. — Le terrain destiné à une école doit être central, d'un accès facile, éloigné de tout établissement bruyant, insalubre ou dangereux et à 100 mètres au moins des cimetières. Si le sol est humide, il faut l'assainir par le drainage. La superficie du terrain doit être évaluée à raison de 10 mètres par élève pour les écoles primaires et de 8 mètres pour les écoles maternelles. Son étendue totale ne doit pas être moindre de 500 mètres dans le premier cas et de 500 dans le second.

La disposition des bâtiments, leur exposition et leur configuration, l'emplacement des ouvertures sont déterminées par le climat de la région.

Dans les écoles maternelles, tous les locaux à l'usage des enfants doivent être situés au rez-de-chaussée et celui-ci doit être exhaussé de trois marches de 15 centimètres au-dessus du niveau extérieur. Dans les écoles primaires, il doit être exhaussé de 60 centimètres. Les pentes du terrain entourant la construction sont ménagées de manière à en éloigner les eaux.

L'épaisseur du mur ne doit dans aucun cas être moindre de 45 centimètres s'ils sont construits en moellons et de 35 s'ils sont en briques. Les matériaux trop perméables sont exclus de la construction. La tuile et l'ardoise sont préférables au métal pour la toiture. Si le plancher n'est pas établi sur caves, il doit être placé sur une plate-forme ou couche de matériaux imperméables. Il serait préférable de laisser sous le plancher un espace vide et de le faire reposer soit sur des voûtes de cave et maçonnerie, soit sur des voûtines en briques entre solives de fer (1).

Dans tout groupe scolaire, les bâtiments affectés aux diverses écoles doivent être indépendants les uns des autres. L'effectif d'un groupe complet ne devra jamais comprendre plus de 750 élèves, savoir : 300 garçons, 300 filles et 150 enfants pour l'école maternelle.

2° *Classes*. Les classes doivent être pourvues d'un vestiaire avec des portemanteaux pour les vêtements, et des rayons pour les paniers. Chacune d'elles doit avoir une porte indépendante ne s'ouvrant ni sur la rue ni sur les cours. Les galeries ou couloirs desservant les classes doivent avoir une largeur de 1 m. 50 au moins et recevoir directement l'air et la lumière. Les classes installées aux étages, dans les écoles primaires, où elles sont autorisées, doivent être desservies par des escaliers droits, composés de volées de treize à seize marches, séparées par un palier de repos et ayant au minimum 1 m. 35 de large, 0 m. 28 à 0 m. 30 de foulée et 0 m. 16 de hauteur. Les barreaux sont espacés de 0 m. 13 ; la main courante est garnie de boutons saillants disposés de mètre en mètre, et une seconde main courante est placée le long du mur.

Il est inutile de faire ressortir le but de ces dispositions et les avantages qu'elles présentent. Elles ont été dictées par une longue expérience et par une connaissance approfondie des habitudes des enfants. Il est, toutefois, en ce qui concerne les escaliers, un détail qui a été omis et qui a pourtant son importance. Le règlement si explicite sur tout ce qui a trait aux marches et aux barreaux de la rampe ne parle pas de leur incombustibilité, et

(1) Bunel, rapport au Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine sur l'hygiène des écoles. Paris, 1893, p. 6.

cependant les escaliers des écoles, comme ceux de toutes les habitations collectives doivent pouvoir résister à l'incendie. L'expérience a démontré qu'il suffit pour cela de les hourder plein en plâtre avec marches adhérentes au hourdes. A l'incendie de l'Opéra-Comique, les escaliers en pierre se sont délités et effondrés sous l'action du feu et de l'eau, tandis que les escaliers latéraux, avec des marches et des limons en bois, mais hourdés pleins en plâtre, ont si bien résisté, qu'ils permettaient encore d'atteindre le sommet de l'édifice, huit jours après la catastrophe.

Les classes ne doivent pas contenir plus de 50 élèves. La superficie est calculée à raison de 1 m 25 par tête ; la hauteur du plafond ne doit pas être moindre de 4 mètres, ce qui donne un cube d'air de 5 mètres par enfant. La dimension des baux est calculée de façon à ce que la lumière puisse pénétrer partout.

Elles doivent être rectangulaires ou légèrement cintrées, séparées par des trumeaux aussi étroits que possible, distantes du plafond d'environ 20 centimètres et élevées de 1 m. 20 au-dessus du sol.

Les instructions ministérielles laissent au constructeur la facilité d'opter entre l'éclairage unilatéral avec jour venant de gauche, et l'éclairage bilatéral. On sait que les hygiénistes ne sont pas d'accord sur les avantages réciproques de ces deux façons de distribuer la lumière.

Les ingénieurs et notamment MM. Emile Trélat et Bunel préfèrent le premier mode qui a été adopté en Allemagne, en Autriche et dans tous les pays du Nord ; mais les physiciens et les médecins se sont prononcés pour le second avec MM. Javal et Gariel. Cette dissidence tient vraisemblablement à ce qu'ils ne se placent pas au même point de vue. Il est certain que l'éclairage unilatéral est plus artistique. C'est le seul qui convienne aux classes de dessin, comme aux ateliers de peinture et de sculpture, parce qu'il donne seul le relief convenable aux objets, mais pour des écoles primaires, il suffit, à notre avis, que la lumière soit abondamment répandue, et que dans tous les points de la classe on puisse lire sans fatigue un ouvrage imprimé en caractère *diamant*,

Dans le cas ou l'éclairage unilatéral est adopté, les instructions ministérielles exigent que la hauteur de la classe soit égale aux deux-tiers de sa largeur et que les baies d'aération soient percées dans la face opposée à celle de l'éclairage. Elles exigent dans tous les cas que les faces d'éclairage soient distantes d'au moins 8 mètres des constructions voisines. Cela peut suffire dans les villages et dans quelques petites villes; mais dans les grands centres, et notamment à Paris où les maisons sont très élevées, les rez-de-chaussée sont obscurs dans les rues de 8 mètres de largeur. La distance réglementaire devrait être proportionnée à la hauteur des maisons faisant face à l'école. On ne comprend pas davantage pourquoi l'éclairage par un plafond vitré est interdit, si ce n'est pour des raisons d'économie que nous n'avons pas à apprécier.

Les chassis des fenêtres doivent être séparés, dans le sens de la hauteur, en deux parties s'ouvrant séparément pour faciliter la ventilation.

Les plafonds doivent être unis, sans corniches, à angles émoussés pour éviter la stagnation de l'air vicié. Tous les parements intérieurs sont revêtus d'un enduit lisse permettant de fréquents lavages. En France, c'est la peinture à l'huile. Il serait à désirer qu'on adoptât, comme en Angleterre

et en Allemagne, la peinture à base de vernis lisses et polies; elles ont l'avantage sur nos peintures ordinaires à l'huile de lin toujours grasses et peu siccatives, de ne pas retenir la poussière et de rendre les lavages plus efficaces (1). Jusqu'à la hauteur de 1 m. 20 le revêtement des murs doit être en boiserie dans les écoles maternelles et en ciment dans les écoles primaires.

Aux termes des instructions, le sol des classes doit être parqueté en bois dur, scellé autant que possible sur bitume. Il est permis toutefois d'employer les bois de sapin dans les régions où ils sont seuls en usage, sous la condition qu'ils soient en lames étroites et passés à l'huile de lin bouillante. On préfère aujourd'hui la paraffine, dont la supériorité paraît avoir été reconnue.

3° *Dépendances.* — Toute école doit être pourvue d'un préau couvert, d'une superficie de 1 m. 25 environ par élève et d'une hauteur de 4 mètres sous plafond. Une partie de ce préau peut être affectée aux appareils de gymnastique. Le portique est alors dressé dans la cour de récréation.

La surface de cette cour est calculée à raison de 5 mètres par élève dans les écoles primaires et de trois mètres dans les écoles maternelles. Dans les deux cas, elle ne peut pas en avoir moins de 200, dans sa totalité.

Le sol en est sablé, le bitume, le pavage ou le ciment étant réservés pour les passages et les trottoirs. Ceux-ci ne doivent jamais faire saillie, le nivellement du sol devant être établi de façon à assurer l'écoulement des eaux. Les eaux ménagères ne doivent pas traverser la cour à ciel ouvert.

Les instructions prescrivent d'installer une pompe ou une borne-fontaine dans un coin de la cour, mais cette indication n'est pas suffisante. Dans beaucoup de localités et, notamment dans la banlieue de Paris, l'eau des puits et celle de la distribution ne sont pas de bonne qualité et ne peuvent être, sans danger, laissées à la disposition des enfants. Il faudrait ajouter, dans ce cas, un filtre à la borne-fontaine et prescrire de faire bouillir l'eau en temps d'épidémie.

Des bancs fixes, en bois à lames et à dossier doivent être établis autour de la cour qui peut comprendre un petit jardin à l'usage des enfants, avec des arbres suffisament éloignés des bâtiments.

Toute école doit être munie de cabinets d'aisances, à raison de deux par classe dans les écoles de garçons et de trois dans les écoles de filles. Un cabinet est réservé au maître. Pour les écoles maternelles, le règlement prévoit des sièges avec lunettes en bois; mais dans les écoles de garçons, il ne doit y avoir que des sièges à la turque.

L'hygiène doit protester contre une prescription semblable. Ce mode de latrines, qu'on trouve encore dans la plupart des casernes et même dans quelques hôpitaux, est à prescrire d'une manière définitive, comme on l'a fait à l'étranger. Il faut disposer dans les écoles des appareils composés d'une cuvette en porcelaine surmontée d'un cercle ovale, en bois dur et ciré, assez étroit pour que l'enfant ne puisse pas monter dessus, et mobile pour qu'il soit facile de l'enlever afin de le nettoyer. Cet appareil doit être muni d'un effet d'eau. Ces dispositions ont été adoptées par le Conseil d'hygiène

(1) Bunel, rapport sur l'hygiène des écoles. loc. cit. p. 10.

et de salubrité de la Seine, sur la proposition de M. Bunel dans la séance du 4 août 1893 et à la même époque par le comité consultatif d'hygiène sur un rapport de M. H. Napias (1).

Les écoles de garçons doivent être unies d'urinoirs en nombre égal à celui des cabinets d'aisances avec un écoulement d'eau pour le nettoyage.

Les règlements permettent de choisir entre les fosses fixes et les fosses mobiles. C'est encore un contre-sens hygiénique. Il faut préférer les fosses mobiles, partout où on ne peut pas faire le *tout à l'égout*.

Dans ce qui précède, nous ne nous sommes occupé que de ce qui concerne l'hygiène de l'école, le reste n'étant pas de notre ressort. Pour cette raison, nous avons passé sous silence ce qui a trait au logement particulier des instituteurs et des institutrices, à celui du concierge, à la pièce d'attente pour les parents, etc., etc. Dans un prochain article, nous vous parlerons de l'ameublement des classes et de leur fonctionnement.

Jules Rochard.

Congrès d'hydrothérapie marine (Fin) (2)

—

M. Calot a fait remarquer que les statistiques établies dans les hôpitaux et sanatoria marins, relativement à *l'effet du traitement maritime contre les tuberculoses externes* donnaient des résultats très différents. Tandis qu'en France elles accusent 70 à 90 0/0 de guérison, en Italie ces chiffres s'abaissent jusqu'à 33 0/0. Ces différences tiennent à ce que les divers hôpitaux reçoivent des malades très peu comparables. Tandis qu'à Arcachon, par exemple, il n'y a que des scrofuleux dont les lésions sont peu avancées, à l'hôpital Rothschild, à Berck, beaucoup de malades présentent des nécroses étendues et des tumeurs blanches suppurées. En Italie, les enfants ne séjournent que cinq à six semaines au bord de la mer ; à Berck, ils peuvent rester deux et trois ans. L'air des champs, si pur qu'il soit, ne suffit pas à guérir les tuberculoses osseuses et articulaires, et, de plus, les guérisons sont plus rapides et plus fréquentes au bord même de la mer que à 500 mètres de cette dernière. Cazin avait déja vu que les résultats étaient moins bons à l'hôpital administratif, dont les infirmeries sont à 200 mètres de la plage, qu'à l'hôpital Rothschild, dont les fenêtres ouvrent sur la mer.

L'air marin est contre-indiqué dans les tuberculoses internes. Dans les cas de tuberculoses externes graves il facilite l'intervention chirurgicale dont on peut alors espérer bien davantage. On n'oubliera pas, cependant, que la plupart des tuberculoses osseuses ou articulaires suppurées guérissent sous la seule influence de la mer. On ne doit intervenir activement dans les sanatoria maritimes que si l'intérêt vital ou orthopédique des petits malades fournit des indications formelles. Parfois, cependant, la question de temps, la question d'argent forceront le chirurgien à opérer de bonne heure.

Le séjour au bord de la mer a une influence prophylactique considérable contre les tuberculoses qui se développent si fréquemment consécutivement à une fièvre éruptive ; il préserve les indivividus prédisposés.

— Qu'elle est l'influence du traitement marin sur les *dermatoses* ?

---

(1) Bulletin municipal officiel des 13, 14 et 15 septembre 1893.

(2) Voir *Union médicale* du mardi 31 juillet 1894.

Pour M. Thibierge, on doit distinguer l'action de ce traitement sur l'état général et son action sur la dermatose elle-même Le lupus est toujours aggravé par le séjour sur les plages excitantes et les plages c. nes peuvent même être défavorables dans les ormes ulcéreuseset végétantes. L'impétigc des lymphatiques peut guérir au bord de la mer, mais il vaut mieux que la dermatose ait disparu lorsque les malades sont soumis au traitement marin. Ce dernier est contre-indiqué dans les cas d'eczémas suintants, irritables, dans ceux de lichens, d'acné rosée. Par contre, certains eczémas secs des sujets lymphatiques s'en trouvent bien.

— D'après M. Desnos, le séjour au bord de la mer et *a fortiori* les bains, aggravent toujours les cystites, soit aiguës, soit chroniques. La cystite peut apparaître pour la première fois, dans ces conditions, chez des sujets atteints de tuberculose des organes génitaux, prostate et vésicules ou simplement menacés de tuberculose. C'est surtout la fonction vésicale qui est atteinte sur des malades atteints de tuberculoses vésicales et les cystotomiles quelque temps avant d'aller au bord de la mer se sont bien trouvées du traitement maritime. A toutes les périodes de la tuberculose des organes génitaux ce traitement est utile, mais il est cependant contre-indiqué dans les poussées aiguës. L'intervention chirurgicale est suivie de résultats excellents après un séjour au bord de la mer.

— Avant d'envoyer des malades à *Berck*, il faut être bien fixé sur les *indications et les contre-indications de séjour dans cette station*. Il est indiqué, a dit M. Calot, chez tous les rachitiques et les scoliotiques, tous les scrofuleux et tous les candidats à la tuberculose, tous les chlorotiques. Il est contre-indiqué pour toutes les autres maladies ou les autres prédispositions morbides, chez les névropathes. Il est indifférent dans les paralysies infantiles, les syphilis héréditaires, les vices de conformation. Pour M. Calot, les formes irritantes, ulcéreuses, serpigineuses, phagédéniques des scrofulides ne s'aggravent pas au bord de la mer, quoiqu'en ait dit Cazin, il ne croit pas non plus à l'aggravation des blépharites chroniques et en général des maladies des yeux, des éruptions d'eczémas impétigineux, d'origine purement scrofuleuse, des otorrhées sans lésions osseuses, des tuberculoses locales douloureuses ou accompagnées d'inflammations et de suppurations aiguës. Si ces diverses manifestations s'aggravent quelquefois à la mer, cela tient à un vice ou à une lacune de la thérapeutique médicale ou chirurgicale ou à une faute dans l'application du traitement marin. C'est ainsi que, dans bien des cas il ne faut pas recourir à la balnéation, mais se contenter de l'exposition des enfants à l'air de la plage. Dans les cas hybrides, chez un rachitique porteur de lésions cardiaques, par exemple, il faut supprimer les bains et se contenter de courtes expositions à l'air. M. Calot a vu la tuberculose pulmonaire à la première période être améliorée et guérie dans 70 pour 100 de cas.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

—

M. Lépine est récemment revenu sur ce sujet, si discuté, des *paralysies hystériques* et de leur pathogénie. Les paralysies motrices, le plus souvent flasques, sont essentiellement des paralysies cérébrales. La forme paraplégique, e le-même, diffère en réalité des paralysies spinales et rappelle plutôt une double monoplégie cérébrale portant sur les deux membres inférieurs. Le caractère pour ainsi dire psychique des paralysies hystériques est manifeste aussi pour les paralysies de la sensibilité. M. Pierre Javet a montré

que, chez les hystériques, les excitations sont en réalité perçues, mais ne le sont pas par la portion du cerveau où résident les phénomènes conscients. Ce qui manquerait, c'est la perception personnelle. M. Lépine est absolument de cet avis et cite à l'appui de cette manière de voir, le fait suivant : soit une hystérique qui ne voit pas le vert, mais qui voit le rouge ; si on fait tourner devant ses yeux une toupie de Newton composée de segments rouges et verts, elle verra blanc ; donc, en réalité, elle voyait le rouge sans le savoir.

On a dit que si, chez les hystériques, l'influx nerveux ne parvenait pas au sensorium, c'est qu'il était trop faible. Cette explication, pour M. Lépine, est erronée, car il suffirait, dans ce cas, qu'une excitation fût très intense pour être perçue, ce qui n'est pas. On doit admettre qu'il y a une interruption absolue de la conduction des excitations et que cette interruption siège au point où une excitation tombe sous l'empire de la perception personnelle ou conscience.

Un fait remarquable, c'est que les hystériques ne voient souvent que les objets sur lesquels leur attention est fixée, n'entendent que les bruits qu'ils écoutent. L'influence de la volonté est, du reste, très puissante aussi dans certains cas de paralysie motrice, et M. Lépine a vu des malades qui ne voulaient pas être paralysés guérir par le seul effort de leur volonté.

Pour expliquer toutes ces particularités, M. Lépine propose l'hypothèse suivante : D'après Cazal, les cellules de l'écorce ne communiquent pas par des prolongements directs, mais par des prolongements extrêmement ténus, qui ne sont qu'en *contact* par leurs extrémités. L'influx nerveux *cellulifuge* d'une cellule, devient *cellulipète* en passant des prolongements de l'une dans ceux de la seconde. Ceci admis, on peut comprendre qu'un simple défaut d'adhérence entre les prolongements, mette obstacle au passage de l'influx nerveux ; — on peut admettre que sous une influence psychique un déplacement insignifiant des prolongements fasse cesser la contiguïté et que celle-ci se rétablisse par suite d'un certain éréthisme de la cellule corrélative de la volonté.

Dans la discussion qui, à la Société de médecine de Lyon, a suivi la communication de M. Lépine, M. Pierret a fait remarquer qu'on ne doit pas refuser à la cellule nerveuse elle-même le pouvoir d'être plus ou moins excitable et que c'est dans la constitution physico-chimique de la cellule qu'il faut chercher les raisons du changement dans la réceptivité et la dynamogénie de cette cellule elle-même.

— Les recherches sur la pathogénie de l'*éclampsie* se poursuivent de toutes parts. Parmi les mémoires récemment publiés, nous signalerons celui de M. Chambrelent (*Archives cliniques de Bordeaux,* juin 1894) qui a recherché la toxicité du sérum maternel et fœtal dans cette maladie. Bouchard soutenait que l'éclampsie est due à une rétention des produits toxiques fabriqués par l'économie, produits toxiques éliminés normalement par l'urine Ainsi, dans l'éclampsie puerpérale, l'urine serait moins toxique que normalement, donc moins de poisons s'élimineraient par ces urines. La toxicité urinaire moyenne chez l'homme sain serait de 45 grammes par kilogramme de lapin. Or, des recherches des différents auteurs, il résulte que l'urine des éclamptiques est environ trois fois moins toxique que l'urine d'une femme en bonne santé. Mais, parallèlement à la diminution de la toxicité urinaire, il y a augmentation de la toxicité du sérum sanguin. Le lapin peut supporter jusqu'à 10 centigrammes de sérum de sang normal par kilogramme. Il ne supporte, au contraire, que 3 à 4 centigrammes de sérum de sang pris chez les éclamptiques. De plus, il semble démontré que l'éclampsie est d'autant plus grave que les urines ont une toxicité moindre et que le sérum du sang a une toxicité plus grande. M. Chambrelent a vérifié tous ces faits et il a de plus trouvé que parfois le sérum du

nouveau-né est plus toxique que celui de la mère et qu'alors l'enfant succombe, tandis qu'il survit si son sérum est moins toxique. La différence de toxicité peut tenir également à l'état du placenta qui formerait, suivant le cas, un filtre plus ou moins parfait pour les toxines du sang maternel.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur la peste de Hong-Kong

M. Duclaux communique à l'Académie les passages suivants d'une lettre adressée, à l'Institut Pasteur, par le docteur Yersin, médecin des colonies, envoyé à Hong-Kong pour étudier la peste.

« L'incubation est de quatre à six jours ; puis, la maladie débute brusquement par de l'accablement et un épuisement des forces. Dès le premier jour, le bubon apparaît ; il est souvent unique et siège, dans la majeure partie des cas, à la région inguinale. La fièvre est continue, elle s'accompagne de délire. La constipation est plus fréquente que la diarrhée. La mort arrive en vingt-quatre heures ou au bout de quatre ou cinq jours. Quand la vie se prolonge au delà de cinq à six jours, le bubon se ramollit et le pronostic devient meilleur.

Les premières recherches bactériologiques ont été faites sur des sujets vivants. L'examen du sang retiré d'un doigt à diverses périodes de la maladie n'a pas montré de microbes et l'ensemencement est resté stérile.

Les bubons, au contraire, contiennent en abondance et à l'état de pureté un bacille très petit, court, à bouts arrondis, ne se teignant pas par la méthode de Gram, mais se colorant par le violet de gentiane. Chez 8 malades, j'ai trouvé le bacille dans les bubons. A l'autopsie des deux pestiférés, j'ai rencontré le même microbe. Il est surtout nombreux dans les bubons, il est moins abondant dans les autres ganglions et très rare dans le sang au moment de la mort. Le foie, la rate sont augmentés de volume et renferment le bacille spécifique.

Des souris inoculées avec une trace de la pulpe d'un bubon meurent en vingt-quatre heures avec des bacilles dans les ganglions, dans les organes et dans le sang, où ils sont plus longs et plus grêles, elles succombent à une véritable septicémie. Les cobayes meurent en trois à six jours ; ils présentent de l'œdème au point d'inoculation, une tuméfaction des ganglions voisins et une augmentation de volume du foie et de la rate. Plus la maladie se prolonge, plus les ganglions deviennent volumineux.

De cinq souris inoculées avec quelques gouttes de sang, une seule a succombé le quatrième jour. Un cobaye inoculé de la même manière est mort en six jours.

Une souris qui avait mangé la rate d'une autre souris morte de la peste a pris la maladie : il en est de même d'un rat qui avait mangé un fragment de bubon.

Le microbe se cultive facilement sur gélose, en donnant une couche blanchâtre uniforme.

Mécanisme de l'influence des intoxications à titre de causes secondes de l'infection

MM. Charrin et Duclert. — Pour triompher de l'organisme, les microbes, en particulier ceux qui ne sont pas hautement différenciés, réclament fréquemment des auxiliaires ; les intoxications peuvent jouer ce rôle ; de tout temps l'observation l'a démontré. L'ex-

érimentation, avec les travaux d'Arloing, Roux, Nocard, Roger, Monti, Charrin, Plaamia, etc., a confirmé cette notion.

Nous avons généralisé le fait en employant des toxiques inorganiques, des toxique dérivés de la vie de nos cellules ou de celle des bactéries, des sels de mercure, de l'alcool, de l'acide lactique, de la tuberculine, de la malléine, des toxines pyocyaniques.

Dans l'immense majorité des cas, les sujets infectés et intoxiqués sont morts avant ceux qui étaient simplement infectés ; leur mort a été accompagnée des signes classiques d'une généralisation bactérienne.

Il nous a paru curieux d'élucider le mécanisme d'un phénomène aussi net, aussi important ; pour réussir, il était nécessaire d'examiner, d'une part, les modifications subies par le virus, d'autre part, les changements éprouvés par le terrain.

En semant des fragments donnés des viscères des empoisonnés, puis parallèlement des parcelles égales des organes des cobayes contaminés, mais exempts de toute intoxication, nous avons obtenu des cultures plus riches, des colonies plus nombreuses avec les tissus de ces empoisonnés et cela en pratiquant les ensemencements tantôt avant tantôt après le lavage de ces tissus, lavage effectué avec de l'eau salée à 7 0/00.

Donc, dans ces conditions, le virus est influencé dans son élément quantité.

Que devient la qualité ?

Premièrement nous avons cultivé le bacille pyocyanogène dans des bouillons additionnés de traces de ces toxiques utilisés et nous avons reconnu que son fonctionnement était entravé, que les pigments étaient incomplètement sécrétés.

En second lieu, nous avons inoculé de semblables cultures ; elles ont tué moins rapidement que des cultures normales.

En troisième lieu, nous avons injecté d'autres cultures faites, les unes en semant le sang des sujets infectés et intoxiqués, les autres en semant celui des infectés.

Les premières se sont montrées moins actives que les secondes.

Dans ces circonstances, la qualité est donc plutôt diminuée.

On arrive à se demander pourquoi la quantité augmente.

Du moment où cette augmentation a lieu sans que la virulence soit exaltée, on est porté à penser qu'il s'agit là d'une action indirecte, car, si cette action portait sur le virus lui-même, elle le favoriserait probablement dans tous ses éléments ; on conçoit plus aisément une condition donnée qui, en pareille matière, rende la multiplication plus prompte et l'activité plus grande, qu'une autre condition hâtant la première et entravant la seconde.

De là l'idée de rechercher les changements possibles survenus du côté du terrain, en particulier du côté des dépenses.

Nous avons inoculé des lapins vaccinés contre le bacille pyocyanogène, injectant aussi à quelques-uns de l'alcool et de l'acide lactique, loin des inoculations.

En examinant d'heure en heure ce qui se passe au niveau de ces inoculations, on voit que chez les intoxiqués, les microbes sont plus nombreux, les cellules migratrices plus rares, la phagocytose plus discrète, phénomène déja vu par le professeur Bouchard.

Nous avons recherché, comme cet auteur, ce que devenait l'état bactéricide après ces intoxications ; il nous a paru se maintenir, quand on saigne peu d'instants après avoir injecté les poisons.

Il nous semble, en effet, qu'il n'en est point ainsi, lorsque l'intoxication précède de longtemps la saignée ; dans ces conditions, l'état bactéricide fléchit.

La conclusion imposée par ces faits, c'est que la mise en jeu de ces corps entrave la phagocytose ; la destruction des germes n'a pas lieu ou se réalise incomplètement, tandis qu'elle se poursuit intégralement chez le témoin qui n'a pas reçu de toxiques.

Dès lors il est clair que, chez ce témoin, les germes ne tarderont pas à être moins abondants.

En définitive, on est en présence d'une perturbation qui, frappant l'économie, retentit, par voie indirecte, sur le virus.

Comment ces toxiques touchent-ils à la phagocytose ? Est-ce en s'opposant à la sortie hors des capillaires des leucocytes ou autres phagocytes, en raison des propriétés vaso-motrices découvertes, pour certains toxiques par exemple, par MM. Bouchard, Gley et Charrin ? Est-ce en lésant fonctionnellement ou anatomiquement ces phagocytes, de même que ces poisons lèsent les divers éléments du foie, des reins? Dans l'étude actuelle, on ne peut que poser ces questions.

Ajoutons que le processus antitoxique est ici secondaire.

En somme, les poisons favorisent l'infection, aussi bien les poisons inorganiques que les cellulaires, que les microbiens ; ces poisons font que le virus gagne en nombre, en raison de l'influence anti phagocytaire, sans acquérir en virulence. C'est cet accroissement de nombre qui le rend redoutable, un virus valant soit par la qualité, soit par la quantité.

A propos du secret professionnel

Voici un jugement mettant en cause le docteur Leroy, et par lequel la Cour d'appel de Bruxelles fixe la jurisprudence au sujet du secret professionnel :

COUR D'APPEL DE BRUXELLES (6e chambre).

Leroy contre Ministère public.

Attendu qu'aux termes de l'article 458 du code pénal, la révélation, par le médecin, des secrets qui lui ont été confiés à raison de sa profession, cesse d'être punissable lorsqu'il est appelé à rendre témoignage en justice ;

Attendu toutefois que si, dans ce cas, le médecin est autorisé à révéler à la justice les secrets dont il s'agit, il n'est pas tenu de le faire ;

Que cela ressort suffisamment de l'exposé des motifs du code pénal, relatif au dit article 458, et du rapport fait, au Sénat, sur cet article par M. Forgeur ;

Qu'on lit notamment dans l'exposé des motifs : « La révélation du secret cesse d'être punissable dans le cas où le médecin, l'avocat, le prêtre cités comme témoins et interpellés de déclarer toute la vérité, ont révélé le secret à la justice.

« Ces personnes peuvent s'abstenir de déposer ; elles peuvent invoquer, avant de prêter serment, l'obligation qui leur incombe de garder le secret qui leur a été confié à raison de leur état ou de leur profession et dans l'exercice de cet état ou de cette profession. »

Attendu qu'on lit, d'autre part, dans le rapport de M. Forgeur au Sénat :

« Le dépositaire d'un secret n'est jamais tenu d'en faire la révélation, même pour « éclairer la justice, c'est ce qui est maintenant admis ; nous ne signalons comme con- « traire que l'avis de Legraverend.

« Cette doctrine générale repose sur des principes de haute moralité, auxquels on ne « doit pas porter atteinte ; le prêtre, le médecin, l'avocat, peuvent se croire obligés à « garder un secret qu'ils ont reçu, il ne faut pas que leur conscience soit violentée. »

Attendu qu'il résulte de ce qui précède que, dans la pensée du législateur, le médecin n'est jamais obligé, hors le cas exprès, où la loi lui en fait un devoir, de révéler les secrets qui lui ont été confiés à raison de sa profession, même pour éclairer la justice ; qu'on doit en conclure que cette obligation n'existe pas même quand la personne qui

a confié le secret au médecin lui demande expressément de parler et de déposer devant la justice.

Attendu en conséquence que le médecin est libre de se taire, s'il croit, en son âme et conscience, devoir garder le silence sur les faits qui lui ont été révélés ;

Attendu qu'il suit de ces considérations qu'à tort le premier juge a condamné le prévenu à une peine pour avoir refusé de répondre à la question qui lui était posée.

Par ces motifs :

La Cour met à néant le jugement attaqué émendant, décharge le prévenu des condamnations prononcées contre lui, dit que les frais des deux instances resteront à la charge de l'Etat.

(*Ann. et Bibl. de la Soc. de Méd. d'Anvers*).

COURRIER

— Quelques résultats de la mission Haffkine dans l'Inde. — Voici les intéressants résultats de la mission Haffkine de l'Institut Pasteur. On sait que ce bactériologiste est allé aux Indes pour vacciner par sa méthode contre le choléra.

La mortalité par cette affection à Calcutta dans les 30 dernières années a atteint annuellement le chiffre de 4,000 à 6,000 ; depuis un an et demi environ ce chiffre s'est abaissé à 1,600 et à 1,000 ; résultat dû aux mesures de salubrité employées et aussi à l'inoculation du vaccin.

25,000 personnes ont été inoculées, mais le rapporteur ne peut préciser les résultats que sur les opérations faites dans la ville de Calcutta.

Dans cette ville même, contenant 600,000 âmes (avec les faubourgs 1 million), 1,200 personnes ont été inoculées et parmi les personnes habitant les quartiers les plus décimés habituellement par le choléra, et voici quelques-uns des résultats obtenus dans ces foyers d'épidémie :

1° Bagau Basti Ward, n° 19. — 200 habitants, 116 inoculés, 9 cas, 7 morts, toutes parmi ceux qui n'ont pas été inoculés ;

2° Maison Raudhum Dritt. — 8 personnes. 6 inoculées, une des deux personnes non inoculées est frappée et meurt. Les autres restent indemnes ;

3° Maison Shaik Subrati. — Après 2 cas de choléra mortels dans cette famille, 7 personnes sur 14 furent inoculées ; une nouvelle épidémie survient et emporte seulement une des 7 personnes non inoculées ;

4° Maison Karam-Ali. — 8 personnes, 3 sont inoculées le 31 mars. Le 7 mai l'épidémie se déclare et enlève seulement une des personnes non inoculées ;

5° Maison Munglu Ismatar. — Un cas suivi de mort frappe cette famille le 29 mars ; le 31, 11 membres de cette famille sur 18 sont inoculés. L'épidémie se déclare à nouveau et 4 des non-inoculés seulement sont frappés ; 3 meurent.

Tous les autres cas dans ces quartiers sont signalés parmi les non-inoculés.

Inauguration du monument de Claude Bernard a Lyon. — Le recteur de l'Académie de Lyon a invité l'Académie française à se faire représenter à l'inauguration de la statue de Claude Bernard, qui aura lieu, le 26 octobre prochain, à Lyon. MM. J. Bertrand et Brunetière ont été désignés pour assister à cette cérémonie ; l'un d'eux prendra la parole. Le Conseil général des facultés de Lyon a aussi invité l'Académie des sciences à se faire représenter à l'inauguration de la statue de Claude Bernard. MM. Chauveau et Bouchard ont été chargés d'être les interprètes de la Compagnie.

Hospices d'Argenteuil. — M. Edmond Jorand, en son vivant ancien professeur de belles-lettres, à Paris, a légué à l'Hôtel-Dieu d'Argenteuil, trois cents obligations du Chemin de fer d'Orléans.

Le charbon de paille comme topique antiseptique. — C'est d'un chirurgien militaire japonais, M. Kikuzi, que vient l'idée d'utiliser le charbon obtenu par la combustion de la paille de riz, pour le pansement des plaies.

Ce charbon poreux et friable est enfermé dans des sachets de gaze préalablement désinfectés. Son rôle comme désinfectant et antiseptique serait puissant et M. Kikuzi l'a employé avec succès, paraît-il, pour penser les nombreux blessés, après le tremblement de terre de Mino-Owari.

— Une messe anniversaire de la mort du professeur Michel Peter, membre de l'Académie de médecine, a été célébrée la semaine dernière. Plusieurs notabilités du monde médical assistaient à cette cérémonie. Remarqué dans l'assistance : le professeur et Mme Jaccoud, le professeur et Mme Dieulafoy, le professeur et Mme Guyon, M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, docteur Labbé, sénateur, professeur Cornil. (*Méd. Contemp.*)

— Voici comment on a procédé à Newark (Etats-Unis), où de nombreux cas de variole se sont produits dernièrement dans le quartier italien :

On a mis en quarantaine tout le quartier infecté et des cordes ont été tendues en travers de Rivers street, afin d'empêcher le public d'y pénétrer et les habitants d'en sortir. Ceux-ci reçoivent provisoirement de la ville tout ce qui est nécessaire pour leur alimentation. Un camion chargé de provisions se rend à des heures régulières à l'entrée de la rue barrée. Des inspecteurs du conseil d'hygiène, qui sont eux-mêmes en quarantaine, reçoivent les provisions et les distribuent ensuite aux habitants. De plus, les abords du quartier mis en quarantaine sont gardés nuit et jour par des policemen spéciaux, armés et ayant ordre de n'y laisser entrer et de n'en laisser sortir personne sous quelque prétexte que ce soit. (*Semaine médicale.*)

— La doctoresse Liiias Halmiton vient d'être nommée médecin du harem d'Abdurraman, l'émir d'Afghanistan.

Une garde de six soldats est chargée de veiller à sa sûreté ; quand elle sort en ville elle marche accompagnée de trois de ses gardes qui ne la quittent pas.

Nécrologie. — Le professeur Rollet (de Lyon), père de notre camarade Rollet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, vient de mourir à l'âge de 69 ans. Chacun connaît les travaux de l'ancien chirurgien de l'Antiquaille et la part qu'il a prise à l'étude des maladies vénériennes.

Appelé à la chaire d'hygiène de la Faculté de Lyon, Rollet y fit preuve des plus grandes qualités.

Il était membre correspondant de l'Institut et associé de l'Académie de médecine.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos plus sincères sentiments de condoléance.

M. le docteur Mazard, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Limoges.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale : Variole et vaccine. — II Revue critique chirurgicale. — III. Congrès français de dermatologie et de syphiligraphie. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — V. Thérapeutique appliquée.

REVUE GÉNÉRALE

—

Variole et vaccine

Nous n'avons pas l'intention de passer ici en revue tous les mémoires récents relatifs à la variole. Nous voulons seulement attirer l'attention sur quelques points spéciaux de l'étude étiologique et clinique de la maladie et surtout analyser les plus importants des travaux publiés pour ou contre l'identité de la vaccine et de la variole.

I

Doehle soutient avoir trouvé l'organisme cause de la variole. Dans le sang et les pustules de varioliques il a constamment trouvé des protozoaires qui ont dans un stade de leur développement la forme de boules flagellées de différents volumes et d'aspect variable; quelques-uns sont homogènes, d'autres ont un protoplasma granuleux avec un ou plusieurs noyaux et une zone périphérique claire. Ces sphères protoplasmiques présentent des mouvements dansants et des mouvements progressifs; elles changent facilement de forme. Des protozoaires analogues existeraient dans le sang dans la rougeole et dans la scarlatine. Des corps semblables à ceux des pustules varioliques se trouvent aussi dans les pustules vaccinales.

Guarnieri a soutenu que la pustule vaccinique consécutive à une altération de l'épithélium du corps muqueux de Malpighi était due à la vie endocellulaire d'un être amubiforme, sorte de sporozoaire parasite. Un parasite du même genre existerait dans l'infection varioleuse.

A la Société médico-chirurgicale de Nottingham, Boobbyer a insisté sur le rash prémonitoire qui, d'après lui, se montre surtout dans la variole bénigne; à Nothingham, dans les épidémies de 1892 et de 1893, le rash a existé 14 fois sur 37 cas; il s'agissait toujours d'individus vaccinés du sexe féminin et tous, sauf 3, âgés de moins de 30 ans. Dans un cas, le rash devint hémorrhagique, surtout aux aisselles et aux aines, mais la malade n'en guérit pas moins. Boobbyer a aussi mis en évidence un symptôme nouveau très utile pour le diagnostic différentiel, à savoir l'aspect poli et souvent rayé, la forme circulaire des croûtes siégeant surtout aux membres supérieurs et qui existent toujours en plus ou moins grande abondance dans les cas d'intensité faible ou dans les varioles modifiées. Ces rayures dépendent des sillons de l'épiderme et à l'aide d'une loupe ou peut les constater au début dès la première période de la maladie, même quand les pustules doivent avorter.

M. Coste a décrit sous le nom de varioles frustes, des varioles dont l'éruption ne consiste qu'en 1-4 pustules disséminées sur toute la surface du corps. L'unique pustule peut siéger sur la cornée et être confondue avec une kératite phlycténulaire. Les pustules peuvent être groupées sur le pharynx et simuler l'angine herpétique. Du reste, très souvent l'éruption passe

complètement inaperçue et on croit à un embarras gastrique, une grippe, etc. Les varioles frustes sont bénignes.

La broncho-pneumonie est une des complications les plus graves de la variole et elle a été très commune pendant l'épidémie de Paris de 1870-71. Auché en a trouvé les lésions chez 90 p. 100 des varioleux adultes et 30 p. 100 des enfants; elle peut devenir chronique et a certainement une part dans les morts tardives à la suite de la variole. La broncho-pneumonie se montre du sixième au neuvième jour de la maladie et en même temps que les signes bronchitiques deviennent prédominants, que la dyspnée s'accuse, on voit l'éruption s'arrêter. On peut constater les différentes formes de la broncho-pneumonie : forme pseudo-lobaire, forme à noyaux disséminés, forme de bronchite capillaire. La complication a une marche rapide et le patient succombe a l'asphyxie en deux à quatre jours. Au point de vue anatomo-pathologique, Auché a insisté sur la fréquence des hémorrhagies lobulaires, l'absence de grains jaunes; il a rencontré la splénisation, l'hépatisation rouge, l'hépatisation grise, des exsudats pleuraux avec ou sans épanchement. D'après notre savant confrère bordelais, on ne peut établir aucune relation entre la nature du microbe pathogène et la forme de la broncho-pneumonie. En effet, il a trouvé trois espèces de microbes : le pneumocoque de Fraenkel, le streptocoque pyogène et le pneumo-bacille de Friedlander généralement associés et cela dans toutes les formes. Il est très probable que les broncho-pneumonies varioliques sont le résultat d'infections secondaires de même que celles qui se produisent dans le cours de la diphtérie par exemple.

On a constaté à bien des reprises, la présence du staphylocoque dans le pus des abcès consécutifs à l'éruption variolique. M. Combemole a refait la même constatation, mais il a vu de plus qu'à l'hôpital des varioleux de Lille chaque fois que l'on désinfectait l'une des salles, les abcès consécutifs à l'éruption disparaissaient de cette salle pendant quelque temps pour reparaître ensuite avec une fréquence progressive. M. Combemole en conclut qu'il faut désinfecter une fois par mois les salles où séjournent les varioleux.

Le même auteur a vu, dans quelques cas, se montrer à la suite de la variole, des troubles moteurs localisés, sous la forme ataxique, aux organes servant à l'articulation et à la prononciation des mots. L'ataxie verbale est liée à une altération organique ou fonctionnelle des centres nerveux et la paralysie verbale à l'évolution sur place des pustules varioliques qui y font pénétrer les produits de sécrétion microbienne.

La proportion des cécités dues à la variole, est encore de 2 1/2 p. 100 (Magnus); elle était de 35 p. 100 avant la découverte de Jenner.

D'après Hebra, il n'y aurait que 1 p. 100 des varioles qui seraient accompagnées de lésions oculaires; Appert est arrivé au chiffre de 11 p. 100.

On peut diviser les affections oculaires varioleuses ou affections de la période primitive survenant pendant l'éruption et en affections secondaires, souvent différentes des premières, survenant après l'éruption (Panas).

Pendant la période d'éruption, les paupières sont tuméfiées, fermées; elles recouvrent une conjonctive rouge, légèrement secrétante qui parfois, d'après quelques auteurs, peut présenter des pustules. Les bords des paupières, eux, sont garnis de pustules et ce sont ces dernières qui inoculeront

la cornée, d'où les abcès de cette membrane. La réinfection se faisant à chaque instant, ces abcès sont toujours graves, il se produit un hypopion, puis la cornée se perce et on a un staphylome, parfois la panophtalmie survient.

Les altérations tardives sont profondes et annoncées par des douleurs légères ou assez vives. Souvent on a affaire à une iritis séreuse ou purulente. Elle peut être suivie d'une suppuration du corps vitré · l'œil se ramollit, la pupille se remplit d'exsudats jaunâtres, du pus peut se déverser dans la chambre intérieure. L'atrophie de l'œil est alors inévitable. On a encore signalé le glaucome, la cataracte, des rétinites albuminuriques lorsque la variole se complique de néphrite. L'infection interne rétrograde de la période tardive est difficile à combattre, mais il n'en est pas de même de l'infection directe, extérieure qui est directement accessible.

Même à l'état physiologique le bord ciliaire est garni d'une façon permanente par des staphylocoques pyogènes. Or, dans la variole les staphylocoques se développent surabondamment et ce sont eux qui infectent la cornée. Il faudra, dans le cours de la maladie, vérifier une et même plusieurs fois par jour l'état de la conjonctive et de la cornée en écartant les paupières à l'aide des releveurs de Desmares et appliquer ensuite un traitement variable selon les lésions constatées.

Contre les pustules et l'état infectieux du bord ciliaire on emploiera les compresses imbibées de sublimé à 1/2000 ou d'eau phéniquée à 1/100, on frottera fréquemment le bord ciliaire avec des tampons trempés dans ces solutions, enfin, on fera dans l'intervalle de ces soins, des onctions répétées à la pommade iodoformée à 1/20. Panas recommande encore une ou deux applications par jour d'huile biiodurée à 4/1000, plus antiseptique que la pommade iodoformée.

S'il ne se produit qu'une conjonctivite légère, deux lavages par jour avec de l'eau boriquée tiède, suivis du dépôt dans les culs-de-sac conjonctivaux d'un peu de poudre d'iodoforme suffiront à empêcher les accidents. En cas de conjonctivite intense on utilisera, en outre des lavages précédents, le nitrate d'argent en solution à 1/100 ou 1/50 appliquée une fois par jour. Si il y a des ulcérations superficielles on retournera bien la paupière pour protéger la membrane contre le nitrate d'argent et on neutralisera vite à l'eau salée. On fera concurremment des lavages à l'eau boriquée suivis d'une instillation abondante de la solution de violet de méthyle à 1/2000, des insufflations iodoformées.

Dans les lésions tardives les instillations d'atropine et les soins dirigés en vue de l'état général constitueront toute la thérapeutique.

Nos lecteurs ont vu les résultats auxquels M. Richardière était parvenu par l'emploi du traitement antiseptique dans la variole. C'est là le meilleur des traitements actuellement en usage et nous ne saurions trop le recommander. Malheureusement la variole n'en reste pas moins une maladie grave, aussi de temps à autre voit-on de nouvelles pratiques thérapeutiques faire leur apparition et prétendre l'emporter sur leurs devancières. Tout récemment on a présumé le traitement par la chambre rouge, c'est-à-dire qu'on a proposé de placer les varioleux dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être frappés par les rayons ayant une action chimique. Ce traitement, déjà expérimenté par Block (1867) et Waters (1871), qui enfer-

maient leurs malades dans l'obscurité, a été étudié de nouveau par Golleverdin, Finsen, Juhel Renoy, Lindholm, Swendsen.

M. Œttinger a soumis au traitement par la chambre rouge 8 malades atteints de variole intense avec éruption cohérente ou cohéro-confluente. 3 de ces varioleux sont morts, mais il faut noter que chez tous la maladie était grave. M. Œttinger a noté que vers le 6e jour, habituellement, l'éruption ne suit plus sa marche ordinaire, l'œdème disparaît presque entièrement, les vésico-pustules se dessèchent en commençant par la face, et forment des croûtes grisâtres et sèches. La fièvre de suppuration a fait défaut dans deux cas, mais elle s'est produite chez les autres molades. Les cicatrices ont été très atténuées et les taches pigmentaires beaucoup moins apparentes. Des trois malades qui ont succombé, l'un était entré trop tard dans la chambre rouge et les deux autres étaient atteints d'une infection grave dont la méthode n'a jamais prétendu combattre les redoutables effets. Pour M. Œttinger, la méthode de Finsen est une thérapeutique non pas de la variole, mais de l'éruption variolique, elle permet d'éviter les cicatrices disgracieuses et de diminuer la fréquence des accidents dûs à la suppuration. C'est un « traitement topique » que l'on peut, du reste, combiner avec la balnéation, le traitement éthéro-opiacé, les enveloppements froids, etc. Pourquoi l'absence de rayons chimiques dans le spectre agit-elle sur la variole pour l'atténuer? on ne peut, en ce moment, donner de réponse satisfaisante à cette question.

(*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

—

La chirurgie des voies biliaires a, on se le rappelle, attiré tout dernièrement l'attention de la Société de chirurgie, et c'est la lithiase qui a fait tous les frais de la discussion. C'est, en effet, pour remédier aux accidents causés par la présence de calculs soit dans la vésicule soit dans les voies d'excrétion que le praticien prend le bistouri et se trouve alors en face d'opérations multiples qui n'ont pas la même valeur thérapeutique pour les uns et pour les autres.

L'abouchement de la vésicule à l'intestin (*cholécystentérostomie*) est défendue par M. Terrier et ses élèves. On dérive ainsi le cours de la bile et on fait par conséquent cesser les accidents. D'autres chirurgiens se bornent à ouvrir la vésicule (*cholécystotomie*) et voient petit à petit les canaux se déboucher et la bile reprendre son cours normal ; d'autres encore enlèvent la vésicule (*cholécystectomie*) mais surtout dans les cas où la lithiase est limitée à la vésicule ; d'autres enfin s'adressent au canal cholédoque luimême quand il contient un calcul. De ce nombre, se trouve M. Thiriar (de Bruxelles), qui vient de nous donner dans un récent numéro de la *Gazette hebdomadaire*, deux observations très curieuses. Dans la première, il a pu broyer le calcul contenu dans le cholédoque, et dans la seconde il a dû ouvrir ce canal pour extirper la pierre biliaire. Les deux malades ont parfaitement guéri.

M. Thiriar, dont nous tenons ici à exposer l'opinion, commence dans son

article par rappeler les opérations que l'on peut pratiquer actuellement par le canal cholédoque. Ce sont :

« 1° La cholédocholithotripsie qui consiste à écraser sur place le calcul obstruant le cholédoque et cela à travers les parois intactes de ce canal.

« 2° La cholédochotomie. C'est l'ouverture du canal cholédoque pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger, ordinairement un calcul ;

« 3° La cholédochostomie par laquelle on établit la fistulisation cutanée du cholédoque ;

« 4° La cholédochoentérostomie qui est l'anastomose du cholédoque avec une anse d'intestin, surtout avec le duodénum ;

« 5° L'extraction des calculs du canal cholédoque après cholécystotomie avec ou sans lithotritie ;

« 6° Le cathétérisme du canal cholédoque. »

Il compare ces interventions à celles faites sur la vésicule et se déclare formellement pour les opérations allant droit au canal cholédoque et au calcul qu'il contient.

Il ne veut pas de la *cholécystentérostomie*, opération d'une facilité relative d'exécution, mais qui n'est que palliative, qui n'est, du reste, pas toujours possible, car il existe des cas où la vésicule est tellement atrophiée qu'il est impossible d'en faire l'abouchement dans l'intestin. M. Quénu nous en a cité un exemple à la Société de chirurgie. De plus, on laisse dans le cholédoque un calcul dont la présence peut être le point de départ d'accidents infectieux et douloureux, et enfin le danger de l'infection ascendante hépatique n'est-il pas toujours là ?

Aussi M. Thiriar pense-t-il qu'il faut faire la cholédocholithotripsie quand on le peut, et si elle est impossible, avoir recours à la cholédochotomie. C'est ce qu'il fait et il s'en est toujours bien trouvé. Voici, du reste, ses conclusions :

I. La cholédochotomie est nettement indiquée dans les cas d'enclavement calculeux du canal cholédoque produisant l'ictère chronique et les accidents de la cholémie.

II. Lorsqu'il existe en même temps que cette obstruction calculeuse des calculs dans la vésicule qui nécessitent l'ouverture ou l'ablation de celle-ci, c'est à la cholédocholithotripsie qu'il faut autant que possible recourir. Celle-ci sera suivie du cathétérisme des voies biliaires.

III. La grossesse n'est pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale dans les cas de lithiase biliaire nécessitant une opération.

Comme on le voit, les avis sont partagés, et il ne peut en être autrement pour une affection si variée dans ses formes et dans les lésions qu'elle détermine sur les organes environnants. Jusqu'ici, il faut l'avouer, on aura toujours un idéal, rétablir le cours normal de la bile et on mettra en œuvre, suivant les cas, les procédés qu'il sera possible d'exécuter.

CONGRÈS FRANÇAIS DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Session de Lyon (du 2 au 4 août 1894)

Les injections hypodermiques de substances mercurielles dans le traitement de la syphilis

M. Augagneur. — Ces injections ne sont ni aussi utiles, ni aussi inoffensives qu'on l'a soutenu ; s'il en était ainsi, chacun ne s'efforcerait pas constamment de modifier les formules qu'on annonce chaque fois comme irréprochables et définitives.

La méthode sous-cutanée ne doit être qu'une méthode exceptionnelle et le plus grand nombre des syphilitiques n'ont pas besoin d'autre traitement que le traitement classique par les pilules mercurielles. En effet, la méthode des injections expose à des accidents graves et nombreux. De ces accidents, les uns sont immédiats, les autres tardifs, ceux-ci sont sans importance, ceux-là sont mortels. Kowolesenski, qui a employé la plupart des sels mercuriels, a noté au moment de l'injection un malaise allant parfois jusqu'à la syncope. Cette douleur immédiate, l'impression qu'elle produit suffisent pour faire rejeter la méthode par certains malades impressionnables.

Bien plus souvent encore, les douleurs sont persistantes, se montrent longtemps après les injections. Autour de la masse liquide déposée dans les tissus, se forme une coque inflammatoire douloureuse par les mouvements, les chocs. L'injection ayant la vaseline ou la lanoline comme véhicule se resserre extrêmement lentement et reste des semaines et des mois une cause de douleur.

Lewin a rapporté un cas de paralysie musculaire chez un malade de 26 ans qui avait reçu une injection de sublimé dans la fosse retro-trochantérienne ; très probablement le sciatique avait souffert du voisinage de l'injection.

Les abcès sont fréquents, abcès le plus souvent interminables, parce qu'ils se sont ouverts tardivement, entourés d'une épaisse coque réactionnelle n'ayant aucune tendance à s'applatir, pour que les surfaces arrivent au contact.

Blaschko a usé des injections de salicylate de mercure émulsionné dans la paraffine liquide. Il a vu des malades être pris d'angoisse, de dyspnée, de points de côté, de quintes de toux immédiatement après l'injection. Il attribue ces phénomènes à des embolies de paraffine.

Le grand danger des injections est l'intoxication hydrargyrique qui est loin d'être rare et a déjà entraîné un certain nombre de cas de mort. Les faits d'intoxication grave sont nombreux et on a dû pratiquer plusieurs fois l'excision du foyer pour venir à bout des accidents. Les intoxications se produisent en dehors de toute prévision et plus d'un empoisonné n'avait reçu que des doses faibles.

Quelles sont les indications de la méthode hypodermique? Elles sont très difficiles à fixer. La plupart des publications sur ce sujet renferment des faits disparates. Les uns ont traité systématiquement 5 ou 600 syphilitiques par les injections, le résultat a été bon, mais tout traitement appliqué sur une aussi vaste échelle et sans sélection donnera de bons résultats, parce que sur une masse semblable les cas bénins, guérissant par tous les moyens, sont l'immense majorité. La plupart des faiseurs d'injection leur attribuent une plus grande rapidité d'action. En théorie, cette supériorité est soutenable, mais elle ne rend que peu de services en pratique. La rapidité, l'instantanéité du traiment ont de l'importance presque uniquement dans les syphilis cérébrales, et encore dans les cas exceptionnels.

Les récidives des accidents ne sont pas plus prévenues par les infections que par les autres procédés.

L'indication réelle, scientifique de la méthode hypodermique résiderait dans ce fait

que l'organisme serait sans cesse imprégné de l'agent thérapeutique, le foyer d'infection donnant constamment du mercure.

Mais cette absorption n'est ni aussi régulière, ni aussi durable qu'on l'a dit. Logiquement, elle doit être très compromise chaque fois qu'une réaction un peu vive se produit autour de la substance injectée. Cette absorption, au lieu d'être certaine, mathématiquement dosée d'après le titre et le nombre des injections, est, en fait, livrée au hasard des réactions inflammatoires et, ce qui le prouve en partie, c'est l'irrégularité des effets toxiques avec une même substance et une même dose. Chez tel malade un centimètre cube d'huile grise aura abandonné tout son mercure en huit ou dix jours ; chez un autre, ou chez le même sujet dans d'autres conditions, l'absorption se poursuivra pendant des semaines. La méthode n'est régulière qu'en apparence et les frictions quotidiennes, faites avec soin à des doses déterminées, produiraient une imprégnation beaucoup plus régulière.

Il n'y aurait qu'une seule indication aux injections, c'est l'échec des frictions. En raison des dangers des injections, on ne doit les employer que si les autres méthodes ont été impuissantes. Mais le plus souvent on y a eu recours d'emblée sans que rien n'établisse que les frictions n'auraient pas réussi.

En résumé, la méthode hypodermique appliquée au traitement de la syphilis par le mercure, ne peut et ne doit être qu'une méthode d'exception. Elle emprisonne dans les tissus des substances toxiques dont l'action est subordonnée à l'intervention d'agents dont le rôle est inappréciable d'avance, à la susceptibilité du sujet pour l'intoxication mercurielle, aux hasards de l'absorption variable avec l'état anatomique des parties où l'injection a été déposée. Le plus grand nombre des syphilitiques guérissent par les méthodes ordinaires, il n'est pas légitime d'exposer sans nécessité les malades à de véritables dangers, d'autant plus que la supériorité des injections sur les frictions n'est nullement démontrée.

Conclusions :

I. L'emploi des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis doit être réservé à des cas exceptionnels, en raison des inconvénients et des dangers auxquels il expose.

II. Si, dans un cas de syphilis cérébrale, l'indication paraît extrêmement pressante, on peut d'emblée employer les injections.

III. Dans les cas ou cette urgence d'un traitement immédiat n'est pas démontrée, les injections ne doivent être employées que si les frictions ont échoué.

— Nous avons tenu à reproduire dans ses parties essentielles le remarquable rapport de M. Augagneur. Inutile de dire qu'il a été très discuté.

Stoukowenkow (de Kiew) est venu défendre les injections solubles qui, d'après lui, agissent promptement et n'offrent pas d'inconvénients ; il n'a jamais eu d'accidents sérieux sur près de 200,000 injections. Le benzoate neutre de mercure est pour le médecin de Kiew la préparation la meilleure et il conseille la formule suivante : benzoate de mercure, 0,25 ; chlorure de sodium pur, chlorhydrate de cocaïne, âà 0,06 ct ; eau distillée, 30 gr. Dès l'apparition des accidents secondaires on doit injecter chaque jour, pendant un mois, 2 grammes de cette solution sous la peau de la fesse ; après deux mois de repos le malade est soumis à une nouvelle série d'injections (24 à 30), puis à une troisième, une quatrième série et une cinquième série séparées par des intervalles de 4, 6 et 12 mois. On peut, pour M. Stoukowenkow, surveiller les effets du traitement par les injections en dosant journellement la quantité du mercure qui passe dans les urines , l'élimination journalière ne doit pas dépasser 0 gr. 004 à 0 gr. 006 mm.

M. Jullien est, on le sait, très partisan des injections hypodermiques. Tout d'abord,

elles permettent, dit-il, d'éviter sûrement les accidents du côté de l'estomac, de l'intestin, du foie, que peut causer l'administration du mercure par les voies digestives. Dans ce mode d'administration le foie atténue l'action du mercure qui prépare les altérations du foie. Il y a trois grandes indications de l'emploi des injections :

1° Insuccès des autres moyens de mercurialisation en présence de lésions graves et stationnaires. Souvent alors le mercure donné par les voies digestives n'est pas absorbé.

2° Nécessité d'agir vite.

3° Nécessité d'une imprégnation mercurielle intense, cette imprégnation permettant d'atténuer considérablement le chancre.

Les abcès sont de plus en plus rares après les injections dont le foyer reste aseptique. Les nodules résultant d'une accumulation hydrargyrique s'entourent d'une zône qui empêche l'absorption et l'intoxication est empêchée ; cette intoxication est, du reste, toujours le résultat d'*erreurs ou d'imprudences*. On les évitera sûrement en se passant d'injections si les reins fonctionnent mal en n'y ayant jamais recours chez les individus faibles ou présentant des accidents de suppuration. M. Jullien préconise le calomel dont il conseille de graduer les doses de 0 gr. 05 à 0 gr. 10, selon le poids du sujet.

M. Thibierge a employé les injections mercurielles insolubles chez 40 malades. Il a fait 157 injections et deux fois seulement il a vu se produire un abcès. Les résultats thérapeutiques ont été plus rapides qu'avec les anciennes méthodes.

— Il y a donc, on le voit, des partisans et des adversaires des injections mercurielles également absolus dans leurs convictions. M. Balzer nous semble s'être le plus rapproché de la vérité en reconnaissant que la méthode hypodermique ne peut être une méthode générale, mais qu'elle est précieuse à l'hôpital et qu'il est possible, en étant prudent et opérant antiseptiquement, d'éviter les accidents sur lesquels a tant insisté M. Augagneur.

Les précautions antiseptiques, nous tenons cependant à le dire en terminant le résumé de cette discussion intéressante, ne mettent pas sûrement à l'abri des abcès, mais elles les rendent exceptionnels. Enfin, les injections solubles nous semblent bien préférables aux injections insolubles, le mercure déposé dans les tissus échappant totalement à l'action du médecin.

Parasitologie

M. Sabouraud a exposé, dans un rapport écouté avec le plus vif intérêt, un résumé de ses belles recherches sur les *trichophyties de l'homme*.

Une étude d'actualité sur la trichophytie se divise naturellement en deux chapitres, l'un concernant la question de la dualité des tondantes, l'autre ayant trait à la question de la pluralité des trichophytons.

Le microsporon Audouini est connu depuis la description de Gruby, faite il y a cinquante ans ; il ne cause pas la pelade, mais détermine une tondante spéciale, confondue jusqu'à ces dernières années avec la tondante trichophytique.

Il y a donc désormais deux tondantes : la *tondante trichophytique* et la *tondante spéciale de Gruby*. C'est cette dualité, rétablie par le laboratoire de M. E. Besnier, en 1892, que l'on peut démontrer par les cultures, par l'examen microscopique, enfin par l'examen clinique à l'œil nu.

Si l'on prend au hasard un certain nombre de teignes tondantes d'origines diverses et que l'on cultive systématiquement leur parasite, on obtiendra un certain nombre de cultures du trichophyton reconnaissables à la forme de sa culture, *en cratère* sur gélose (1.20 p. 100), peptone (1 p. 100), maltose (4 p. 100).

En outre, en obtiendra des cultures tout à fait différentes, et en nombre plus grand, se présentant sur le même milieu comme un disque de duvet blanc amiantacé.

Il est inutile d'ajouter que les mêmes tondantes ne donneront jamais lieu qu'à la même culture.

L'examen microscopique du cheveu malade montre entre la tondante trichophytique et la tondante de Gruby les différences les plus saisissantes.

Le trichophyton, dans le cheveu, forme des chapelets réguliers de spores de 5 à 6 μ de diamètre. Ces chaînettes de spores sont de direction ascendante comme le prouve la didirection de leurs bifurcations et sont toutes incluses dans l'épaisseur même du cheveu.

Le microsporon Audouini, au contraire, est composé de très petites sporules de 2 à 3 μ, tassées côte à côte sans aucun ordre visible. De plus, elles ne sont pas situées dans le cheveu, mais autour de lui, de façon à lui constituer une gaine régulière.

Tous les cheveux malades provenant d'une même tête sont identiques et n'offrent jamais que l'un ou l'autre de ces deux parasites.

Le cheveu trichopytique est gros, court, non engainé. Le cheveu de la tondante à petites spores est long, décoloré et couvert à sa base d'une gaine blanchâtre, visible à l'œil nu et qui est la gaine parasitaire. Les deux maladies ont de très nombreuses divergences d'évolution. La tondante à petites spores de Gruby est la plus contagieuse, la plus fréquente et la plus souvent épidémique ; c'est aussi la plus rebelle.

La tondante à petites spores n'est pas une trichophytie et il ne s'agit pas d'un champignon. Cette tondante n'est pas une entité morbide spéciale et mérite d'être placée à côté de la triade des teignes de Bazin et sur le même rang que les autres. Il y a désormais quatre teignes distinctes : favus, pelade, trichophytie et tondante à petites spores de Gruby.

Les trichophyties de tous sièges peuvent être causées par des parasites d'espèces distinctes et cependant de la même famille botanique. Les espèces animales différentes ont des espèces trichophytiques très dissemblables, bien que les parasites puissent passer sur l'homme. L'examen microscopique des cheveux et des poils traduit par des différences sensibles les différentes espèces démontrées par les cultures.

L'examen clinique combiné à la culture et à l'examen microscopique montre que certaines espèces trichophytiques animales s'accompagnent sur l'homme de lésions assez spéciales (kérion, etc.) pour que l'aspect objectif de la lésion suffise à révéler la nature et l'origine animale de l'espèce trichophytique qui la cause.

Les trichophytons des animaux forment des groupes d'espèces dont le plus important est celui des trichophytons pyogènes à cultures blanches, qui cause des trichophyties suppurées sans intervention d'aucun microbe étranger. L'origine équine, l'origine aviaire, etc., de certaines de ces espèces est actuellement démontrée.

Les nombreuses espèces trichophytiques appartiennent toutes à une même famille cryptogamique qui compte déjà de nombreux représentants saprophytes et parasitaires, la famille des *Botrytis*, à laquelle appartient le *B. Bassiana*, qui cause la muscardine du ver à soie.

L'extrême vitalité des trichophytons en milieux artificiels, et ce fait qu'ils sont réduits dans la vie parasitaire à leurs organes inférieurs de reproduction incline à faire penser que les trichophytons peuvent exister à l'état saprophytique dans la nature ; et, en effet, on peut les cultiver sur les détritus organiques les plus divers.

M. Du Castel a expérimenté la chrysarobine contre la trichophytie. Il est arrivé à établir la formule suivante :

Chrysarobine	10-20-25 grammes
Acide salicylique.	} ââ 5 grammes
Ichtyol.	
Onguent styrax	} ââ 5 grammes
— simple	

On recouvre la couche de pommade d'une couche de collodion ou d'un emplâtre antiseptique.

D'après Unna, la chysarobine permettrait de guérir la trichophytie dans l'espace d'un mois. M. du Castel a obtenu des chiffres très différents ; 14 p. 100 de ses malades seulement ont guéri en un mois, 43 p. 100 en quatre à cinq mois, 15 p. 100 en cinq à sept mois, et enfin chez 10 p. 100 la guérison a exigé un temps plus prolongé.

Pour M. Horand, la *pelade n'est pas contagieuse.* La vraie pelade, celle à laquelle Bateman a donné le nom de prurigo decalvans, n'est pas une teigne, mais une trophonévrose ; on n'a jamais pu découvrir sur les malades un agent pathogène quelconque et plusieurs expérimentateurs ont essayé en vain de s'inoculer la pelade en mettant les bonnets de nuit de personnes atteintes de la maladie. Même dans les familles et dans les écoles les cas de pelade sont habituellement isolés. Dans l'armée, ce que l'on rencontre le plus habituellement, ce sont des pseudo-pelades constituées par une folliculite décalvante qui diffère de la pelade en ce que les cheveux malades sont entourés d'une gaine et non atrophiés et qui est très contagieuse.

Les opinions de M. Horand lui sont d'ailleurs très personnelles et ont été combattues par MM. Feulard, Sabourand, Augagneur, pour lesquels la contagion de la pelade commune est prouvée, tandis qu'au contraire on ne peut rien affirmer pour la folliculite décalvante.

MM. Perrin et Aslanian ont étudié la *bactériologie de la lèvre supérieure à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire.* Ils ont constaté d'abord que l'on trouve sur la lèvre supérieure et sur les orifices des narines à l'état physiologique le staphylocoque blanc souvent accompagné du staphylocoque jaune. Ces microorganismes se cultivent facilement mais ne produisent pas de lésions lorsqu'on les inocule dans l'œil du lapin. Dans l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure on obtient des colonies blanches accompagnées de rares colonies jaunes ; leur inoculation produit s'il s'agissait d'eczémas superficiels un petit abcès lenticulaire et s'il y avait des pustules un abcès cornéen. Il est probable que, dans l'eczéma pilaire, les staphylocoques qui existent normalement sur la lèvre deviennent plus virulents en évoluant sur un bon terrain de culture.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1894. — Présidence de M. Empis.

Tétanos

M. Le Roy des Barres a eu l'occasion d'observer quatre cas de tétanos qui lui paraissent instructifs à différents égards. Dans un premier cas il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans, charretier, qui présenta une atteinte de tétanos typique, une paralysie faciale, quatre jours après avoir reçu une légère blessure au niveau de l'arcade zygomatique ; cette blessure avait été produite par un coup de pierre. Le malade succomba quinze jours après l'attaque de tétanos sans que l'examen bactériologique ait fait reconnaître la présence de bacille de Nicolaïer. L'origine équine du tétanos paraît démontrée par ce fait que le malade habitat une chambre contiguë à une écurie et que dans cette écurie se trouvaient des harnais provenant d'un cheval ayant succombé, dans un autre local, à des accès tétaniques.

Le second cas a trait à un jeune homme de 17 ans, qui fut pris de tétanos quelques jours après un écrasement du doigt par une couverture de poêle. La guérison eût lieu

après l'amputation de la phalange pratiquée dès la première apparition des symptômes tétaniques. Ce jeune homme avait l'habitude de passer une partie de la journée dans une écurie dans laquelle l'examen bactériologique a fait reconnaître à l'auteur le bacille tétanique.

La femme qui fait l'objet de la troisième observation a contracté son tétanos à l'approche du précédent malade, alors qu'elle présentait une blessure au pied. La malade est morte.

Enfin, le quatrième cas est relatif à un blessé apporté sur une charrette, enveloppé dans une couverture d'écurie ; ce n'est que neuf jours après ce contact que le tétanos se déclara et le malade succomba malgré un traitement intensif au chloral et des injections de sérum antitoxique.

L'origine équine du tétanos semble manifeste à M. Le Roy des Barres, puisque dans ces cas cette affection s'est développée par contage immédiat chez des personnes vivant dans des locaux occupés par le cheval ou se trouvant en contact avec des objets d'écurie D'autre part, on voit que l'ablation hâtive du foyer infectieux a amené la guérison dans le cas où elle a été pratiquée ; enfin, M. Leroy des Barres estime que, pour assurer la prophylaxie du tétanos, il ne faudrait pas hésiter à inscrire cette maladie sur la liste des affections à déclarer par les vétérinaires.

Rapports

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports lu en séance par MM. Cadet de Gassicourt et Chauvel sur les prix Bourcerit et Laborit.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement des bronchites chroniques

Les bronchites chroniques se produisent sur des terrains très différents et qui on' la plus grande influence sur leur évolution.

1° Le médecin doit d'abord rechercher si son malade est un arthritique, un scrofuleux, un cardiaque, un albuminurique, il doit donc trouver la diathèse ou la maladie causale.

Chez les arthritiques, les soins de la peau, les frictions sèches et alcoolisées, les douches tièdes ont une grande importance. Les malades devront, et cette prescription s'applique à tous les cas de bronchite chronique, porter des vêtements de flanelle en contact avec la peau. Comme traitement interne, on emploiera chez les arthritiques l'association de la liqueur de Fowler et de l'iodure de potassium. On débutera par de petites doses pour arriver progressivement en quinze jours à X gouttes de liqueur arsenicale et 0,50 à 1 gramme d'iodure ; il faut continuer pendant plusieurs mois en interrompant une semaine par mois. D'autres fois, les alcalins, les sulfureux donneront de bons résultats. On n'oubliera pas qu'il se produit souvent, dans le cours du catarrhe chronique, principalement chez les arthritiques, de petites poussées congestives aigues ; les ventouses seront le meilleur révulsif à leur opposer.

Chez les scrofuleux, on s'adressera aux reconstituants, iode, phosphates de chaux, huile de foie de morue,

Nous n'insisterons pas ici sur les indications tirées de l'existence de la goutte, d'une affection cardiaque, rénale, etc. Nous rappellerons cependant qu'une bronchite chronique doit aussi bien faire penser à la possibilité d'une albuminurie latente qu'un symptôme nettement rénal. On sait aussi que la bronchite chronique entraîne du côté des poumons et du cœur des troubles dont il faudra se préoccuper.

C'est la diathèse qui règlera l'emploi de la médication thermale. Le Mont-Dore, Plombières, La Bourboule conviendront aux arthritiques. On pourra aussi leur ordonner les eaux sulfureuses, telles qu'Uriage, qui réussissent très bien chez les lymphatiques et en cas d'expectoration très abondante. Nous y revenons plus loin.

2° Contre le catarrhe pulmonaire on emploiera les balsamiques, dont l'action antiseptique a certainement un rôle important (Lemoine).

Les capsules de térébenthine sont d'un usage classique. On peut leur substituer la terpine (élixir ou pilules de 20 à 60 cent.).

M. Grasset conseille d'alterner la terpine avec l'eucalyptol pendant plusieurs mois, chacun pendant vingt jours par mois.

Pilules :

Terpine....	0 gr. 20
Codéine...	0 gr. 01

pour une pilule; n° 80, quatre par jour.

Eucalyptol	0 gr. 20

Pour une capsule; quatre par jour.

La créosote (vin, élixir, huile de foie de morue créosotée) est souvent mal tolérée par l'estomac, aussi l'a-t-on donnée par le rectum (1 à 2 gr.) ou en injections sous-cutanées. Le gaïacol la remplacera souvent avantageusement (20 à 50 cent., en pilules, capsules).

Le goudron, le baume de Tolu, les bourgeons de sapins sont des adjuvants très communément employés.

M. Dujardin-Beaumetz a recommandé d'associer le copahu et le goudron. Il donne le premier aux doses de 4 à 8 gr. par jour en capsules qui en renferment 25 cent. et autant de goudron.

Les eaux sulfureuses naturelles donnent souvent de très bons résultats. On peut prendre un quart de verre d'eau d'Enghien ou d'Eaux-Bonnes, matin et soir dans une tasse de lait.

Au moment des poussées aiguës, on recourra aux vomitifs, aux révulsifs habituels.

La révulsion est très utile dans la dilatation bronchique et on aura surtout recours aux pointes de feu.

Les expectorants tels que le kermès, sont rarement très indiqués dans les bronchites chroniques à expectoration abondante. Plus souvent, il y aura lieu de tonifier les bronches en prescrivant de petites quantités d'ergot de seigle ou de strychnine.

3° L'hygiène des catarrheux est très importante. Ils doivent fuir le froid humide, et les courants d'air et vivre autant que possible à la campagne. On doit habituer les malades à s'aguerrir et ne pas les laisser se transformer peu à peu en infirmes, chez lesquels le moindre refroidissement peut produire une aggravation de la brouchite. L'hydrothérapie sera très utile dans ce but. En été, on emploiera les lotions froides, les douches froides de durée courte suivies de frictions ; en hiver, les lotions tièdes et les bains fréquents. L'aérothérapie n'est guère pratiquable que dans quelques grandes villes, mais a donné de beaux succès.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale : Variole et vaccine. — II Revue critique chirurgicale. — III. Congrès français de dermatologie et de syphiligraphie. — IV. Académies et sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Thérapeutique appliquée.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier

Diagnostic du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux

Messieurs,

Avec cette leçon, nous abordons la partie la plus essentielle, la plus importante de notre sujet, celle qui touche de plus près les intérêts de la pratique.

Une question majeure se présente ici : différencier le phagédénisme syphilitique du phagédénisme scrofuleux et réciproquement.

Inutile de dire, en effet, que telle est la question qui s'impose dans la presque totalité des cas. Étant donnée une lésion du genre de celle qui nous a occupés pans les précédentes conférences, un problème se soulève aussitôt dans l'esprit du médecin, et ce problème se formule ainsi : Cette lésion est-elle d'origine syphilitique ? Cette lésion est-elle d'origine scrofuleuse ? Syphilitis ou Scrofuleu, laquelle de ces deux diathèses se trouve en cause comme origine de la lésion ? A cela se réduit, se restreint le plus habituellement (sinon toujours, au moins presque toujours) la somme des hypothèses à faire intervenir dans le diagnostic d'un cas donné. C'est donc à ce problème que nous devons nous attacher avec le plus d'attention. C'est ce problème que nous devons étudier ici dans tous ses détails, sous toutes ses faces ; car c'est là, je le répète, une question qui se présente presque à propos de chaque cas et sur laquelle il importe que l'éducation du jeune médecin soit le mieux fixée. Ajoutons que c'est là une question difficile, et difficile pour tout le monde, non pas seulement pour les praticiens qui n'ont avec la syphilis et la scrofule que des rapports accidentels, mais pour les hommes qui, par métier, par la spécialisation de leurs études, sont appelés à voir le plus de cas de ce genre et qui ont par conséquent le plus d'expérience. Nulle question donc n'est plus digne de nous arrêter et je vais m'efforcer de vous la présenter telle qu'elle s'offre en clinique, telle qu'elle s'impose au lit des malades.

Quels éléments diagnostiques peuvent être consultés pour juger la question qui nous occupe, à savoir pour différencier le phagédénisme de la syphilis du phagédénisme de la scrofule ?

Ces éléments sont de plusieurs ordres. Pour procéder méthodiquement il m'a semblé utile de les catégoriser en un certain nombre de groupes de la façon suivante :

I. Signes objectifs ;
II. Caractères fournis par l'évolution et la durée ;
III. Symptômes concomittants ;
IV. Antécédents morbides ;
V. Signes fournis par l'examen général du malade ;
VI. Signes résultant de ce qu'on appelle l'épreuve thérapeutique.

I. *Signes objectifs* : Un diagnostic est-il possible de par les signes objec-

tifs, consultés isolément, envisagés seuls, indépendamment de toute autre considération? C'est-à-dire, est-il possible, devant une lésion d'ordre phagédénique, de rapporter cette lésion soit à la syphilis, soit à la scrofule, rien qu'en interrogeant les caractères objectifs de cette lésion? *De visu*, le médecin est-il admis à prononcer un jugement et à dire : Ceci est de la syphilis et cela est de la scrofule?

A cette question posée de la sorte et dans ces termes, on ne peut répondre que ceci : Oui et non, tout à la fois. Oui, quand la lésion devenue phagédénique conserve les caractères, la physionomie générale, le facies, le cachet de sa lésion originelle; c'est-à-dire que cette lésion soit syphilitique, soit scrofuleuse, conserve en dépit du phagédénisme, les attributs de sa qualité syphilitique ou scrofuleuse. Non, au contraire, dans les conditions opposées, c'est-à-dire quand cette lésion devenue phagédénique a perdu ses caractères propres, a dépouillé sa physionomie d'origine.

L'une et l'autre alternative, en effet, sont également possibles, et se présentent avec une presque égalité de fréquence. Assurément, il est des cas, où d'emblée, du premier coup d'œil, un médecin habitué pourrait dire : telle lésion est d'origine syphilitique et telle autre d'origine scrofuleuse. Et il en est d'autres où, non-seulement à première vue, mais après examen approfondi, après analyse minutieuse des caractères objectifs de la lésion, ce même médecin suspendra son jugement, n'osera se prononcer et demandera à recourir à d'autres signes avant de formuler son diagnostic.

Eh bien ! prenons tout d'abord les cas typiques, pour les mettre en parallèle. De ce parallèle, je l'espère, vont jaillir des oppositions qui contribueront d'autant mieux à mettre en relief les attributs propres de chaque espèce morbide.

Ce qu'on appelle l'ensemble objectif d'une lésion de l'ordre de celles que nous étudions actuellement, se décompose tout naturellement en un certain nombre de signes élémentaires tirés de la configuration générale de l'ulcération, de son aréole, de l'état de ses bords, de l'état de son fond ou de l'aspect de son revêtement croûteux.

Voyons quels éléments diagnostics nous pourrons tirer de ces considérations diverses.

A coup sûr, il n'est rien de fixe, de pathognomonique, dans la configuration générale que peut revêtir un phagédénisme scrofuleux ou un phagédénisme syphilitique. A coup sûr, il n'est pas une forme particulière qui appartienne soit à l'un soit à l'autre de ces deux phagédénismes. Et cependant c'est une erreur de croire, comme le croit Hebra, qu'il n'y ait rien, rien absolument à tirer de ce premier ordre de signe. Tout au contraire en certains cas particuliers, la configuration générale de la lésion peut être d'un utile secours. Prouvons-le :

Trois particularités se présentent à noter ici : les formes circulaires, ou dérivées de cercles d'une pureté géométrique absolue, d'une correction irréprochable de contour, appartiennent bien plutôt à la syphilis qu'à la scrofule. Rappelez-vous les exemples que j'ai fait passer sous vos yeux, dans lesquels des ulcérations syphilitiques circulaires, en arc de cercle, en fer à cheval, étaient aussi parfaitement dessinées que si elles avaient été faites à plaisir, tracées au compas, que si elles sortaient du crayon d'un habile dessinateur.

Rappelez-vous comme exemple ce malade de la salle Saint-Louis qui portait sur le dos un fer à cheval ulcéreux, produit par une syphilis serpigineuse, merveilleux comme pureté de ligne, comme élégance de courbe. Eh bien, le phagédénisme scrofuleux est moins asservi que le phagédénisme syphilitique à la forme circinée, et surtout moins asservi aux types corrects, purs, parfaits, de cette forme. Ainsi que je vous le disais vendredi dernier, il rompt souvent ces lignes géométriques, il dépasse ses courbes, il pousse des pointes, des échappées incorrectes en divers sens.

Donc, quand on rencontre un de ce phagédénisme à configuration circulaire absolument correct, absolument irréprochable, il y a plus de chance par cela seul pour qu'on ait affaire à la syphilis qu'à la scrofule.

En second lieu, si le phagédénisme syphilitique et le phagédénisme scrofuleux procèdent souvent l'un et l'autre, dans leur extension en surface, par le mode de rayonnement centrifuge, il est indéniable que le phagédénisme syphilitique affecte ce mode plus souvent que le phagédénisme scrofuleux et surtout qu'il s'observe d'une façon plus régulière.

Je vous ai montré avec quelle méthode procèdent souvent les ulcères syphilitiques pous s'élargir excentriquement, par une série de zones circulaires ou demi-circulaires d'une régularité parfaite. Ce matin même encore, je vous montrais un type absolument de cette forme sur l'une de nos malades de la salle Saint-Thomas. Eh bien, le phagédénisme scrofuleux, ici encore, est moins obéissant à la règle, moins méthodique, moins observateur d'une discipline régulière. Très souvent il s'écarte de ce type pour s'étendre d'une façon atypique dans un sens ou dans un autre, pour revenir sur ses pas, pour faire des fugues déréglées, désordonnées en des directions diverses.

Enfin, en général (je ne dis pas toujours), le phagédénisme scrofuleux qui procède par rayonnement excentrique est moins expansif de nature que le phagédénisme scrofuleux et décrit des courbes de rayon moindre. Les grands cercles phagédéniques, les grandes arcades ulcéreuses, à long rayon, s'observent bien plus souvent dans la syphilis que dans la scrofule. Le phagédénisme scrofuleux est plus concentré, plus ramassé, décrit des courbes de moindre rayon. C'est là un point sur lequel j'ai insisté; je ne fais donc ici que l'énoncer.

Donc, vous le voyez, la configuration générale de l'ulcère n'est pas sans quelque valeur au point de vue diagnostic. J'accorde que les signes qu'elle fournit n'ont rien de pathognomonique, d'absolu; je sais qu'on pourrait leur opposer nombre d'exceptions, et qu'en somme ils ne fournissent, au plus, que des présomptions qui demandent à être confirmées par des signes meilleurs. Toujours est-il que ces présomptions sont bonnes à recueillir dans un sujet tel que celui-ci où les moindres signes sont essentiels à relever. D'ailleurs, voici qui offre plus de sûreté.

Dans les cas typiques (je ne parle que de ceux-ci, j'ai besoin de vous le rappeler encore), l'aréole qui encadre l'ulcération est très différente, suivant que l'ulcération appartient à la syphilis ou à la scrofule.

Dans la syphilis, elle est d'un rouge foncé, très foncé, sombre, rappelant la couleur du jambon vieilli, sec, sombre de ton; dans la scrofule, elle est violacée, et surtout elle présente pafois un reflet bleuâtre, véritablement bleu en quelques cas.

Or, si la teinte rouge sombre a déjà sa valeur, la teinte bleue a un evaleur considérable, suivant moi. Jamais on ne l'observera dans la syphilis, à ce degré tout au moins. Je dirai même que, quant à moi, je ne l'ai jamais observée ; elle appartient en propre à la scrofule. C'est donc un excellent signe en quelques cas. Je dis (remarquez-le bien) en quelques cas ; car, malheureusement, c'est là un signe qui est bien loin de se rencontrer toujours. Il n'y a donc que peu d'occasions où l'on puisse en tirer un utile profit.

Au sujet des bords, toute une série de détails graphiques sont à relever ; détails contribuant à donner à l'ulcération une physionomie particulière et parfois à établir le diagnostic. Avec la syphilis, bords constants ; avec la scrofule, bords quelquefois absents, simplement constitués par une circonférence ulcéreuse ; je m'explique.

Toujours le phagédénisme syphylitique est bien déterminé par une arête circonférencielle, par un bourrelet circonférenciel constituant ce qu'on appelle des bords ; au contraire, l'ulcère scrofuleux n'a pas toujours de bords vraiment dignes de ce nom, sa limite est dessinée quelquefois, purement et simplement, par un simple arrêt de l'ulcération qui se continue sans ressauts, sans arête avec les tissus voisins. Exemple : cette pièce (phagédénisme nasal) où vous voyez l'ulcération sans bords se continuer avec les tissus de la lèvre. Or, il est absolument rare (si même cela s'observe jamais) que le phagédénisme syphilitique soit dépourvu de margelle circonférencielle, soit dépourvu de bords.

Les bords du phagédénisme syphilitique sont saillants, épais ; ce qui provient de ce que ses bords sont engorgés, infiltrés, et conséquemment plus ou moins durs. Avec la scrofule, au contraire, bords non saillants, minces, comme « usés » ; peu apparents au total (à ce point que, comme nous venons de le voir, ils peuvent manquer) et bords non engorgés, non indurés (sauf exceptions assez rares).

Meilleur signe : avec la syphilis, bords toujours nettement entaillés, fortement entaillés en nombre de cas ; abrupts, variables d'ailleurs comme modelé, tantôt droits et à pic exactement, tantôt obliques, en biseau ; quelquefois dans les formes exagérées, très hautes, mesurant une hauteur de plusieurs millimètres et figurant une entaillure « en falaise ». Ce sont là les fameux bords escarpés dits en falaise. Au contraire, avec la scrofule, entaillure de bords infiniment moins accentués, bords minimes relativement, pas de bords à pic, encore moins pas de bords très élevés, en faise. Inversement, fréquence de bords plats, déprimés.

Remarquez bien, Messieurs, cette opposition ; remarquez ces bords entaillés du phagédénisme térébrant et des ulcérations syphilitiques en général. A coup sûr ils ne sont pas pathognomoniques en l'espèce. A coup sûr, l'on a fait un abus réel de ces bords à pic, que l'on voit figurer partout, à tout propos, comme un cliché perpétuel, chaque fois qu'il est question d'ulcère syphilitique. Laissez-moi même vous dire incidemment que ces bords à pic s'observent dans bien d'autres lésions qui n'ont rien à voir avec la syphilis, avec le chancre simple, avec les ulcères variqueux, etc. (Pour vous en convaincre, j'ai reçu samedi dernier à la consultation un malade affecté d'ulcères variqueux, lesquels présentent le beau type, le type le plus accompli qui puisse se voir de bords entaillés à pic). Mais, cette

réserve faite, il n'en est pas moins vrai que les bords à pic caractérisent, en nombre d'occasions, les ulcères syphilitiques, notamment les ulcérations tertiaires et, dans le cas actuel, c'est là un signe excellent à mettre en opposition avec les bords des ulcères scrofuleux qui présentent rarement ce caractère, qui le plus souvent s'écartent de cette disposition particulière d'une façon diamétralement contraire.

Enfin, autre signe non moins distinctif : avec la syphilis, bords toujours adhérents, c'est-à-dire tenant à l'ulcération, ne s'en séparant pas ; avec la scrofule, bords habituellement décollés, libres dans une certaine étendue (de un à quelques millimètres), flottants. A simple vue, on constate ce décollement, qui est souvent très net ; mais le stylet en rend mieux compte. En insinuant un stylet sous les bords, on constate qu'ils surplombent la plaie, qu'ils en sont séparés dans une étendue variable, qu'ils reposent sur elle à la façon d'un couvercle circonférenciel. Et même alors que l'ulcération principale est bordée d'ulcérations de voisinage, il arrive parfois que le stylet peut s'insinuer d'une ulcération à l'autre. Une semblable disposition, si elle est rigoureusement possible avec la syphilis, ne serait, en tout cas, que très exceptionnelle dans la syphilis, dont les lésions, tout au contraire, invariablement remarquables par l'adhérence sont presque de leurs bords avec la plaie.

Voilà donc un ensemble de signes qu'au premier abord on serait tenté de juger de peu d'importance, qu'on pourrait laisser passer inaperçus dans un examen superficiel, mais qui se révèlent à l'observateur prévenu et qui constituent pour lui un ensemble clinique, d'une part, facilement appréciable, et, d'autre part, nettement significatif comme caractère diagnostique.

L'état du fond va nous donner des différences encore plus saillantes, différences même majeures, essentiellement propres à établir le diagnostic. Ainsi, le fond de l'ulcère syphilitique se présente généralement avec les caractères suivants : Il est déprimé, toujours déprimé, c'est-à-dire faisant creux, dessinant une excavation plus profonde quelquefois. C'est toujours, et dans l'acception propre du mot, un ulcère, c'est-à-dire une perte de substance aux dépens des tissus sains, lesquels occupent nécessairement un plan supérieur comme niveau au plan de l'ulcère. Il est inégal de fond, anfractueux, raviné ; parfois même présentant une série de plans différents, ce qui a fait dire à Bazin qu'il était étagé. Comme couleur, il est variable assurément d'aspect, mais toujours plus ou moins grisâtre, gris, lardacé, semé de lambeaux d'un jaune sale, d'un blanc sale, qui sont les vestiges de l'escharre gommeuse en voie d'élimination ; quelquefois semé de débris noirâtres, gangréneux.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

—

Etat sanitaire. Inspection des viandes dans l'armée. L'abatage des animaux de boucherie

La situation sanitaire n'a pas varié depuis quinze jours. En France, l'état de a santé publique est toujours excellent, sauf quelques cas de typhus de

plus en plus rares et quelques petites épidémies de variole signalées dans les départements.

Le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets une circulaire rédigée par le Comité consultatif d'hygiène et relative à la prophylaxie du typhus exanthématique.

Les mesures prescrites sont celles qu'on a adoptées au cours de la dernière épidémie et que nous avons indiquées plus d'une fois ; mais l'instruction ministérielle les réunit, les condense et les explique de façon à en faire une sorte de manuel qui sera fort utile aux administrateurs, lesquels ne sont pas au courant de ces questions comme le sont les hygiénistes.

Le choléra n'a pris nulle part l'extension que la saison faisait craindre. Il est vrai que la température ne s'est élevée nulle part et que les grandes chaleurs ne sont pas encore venues. Il résulte des renseignements fournis par le docteur Proust à la séance du Comité consultatif d'hygiène du 13 août, que la situation sanitaire reste satisfaisante dans le Levant, qu'en Russie l'épidémie est entrée dans une période de décroissance et que le nombre des cas a diminué de 50 p. 100 depuis le commencement d'août, sans que leur degré de gravité ait décru. La mortalité reste égale à la moitié des cas à peu près. Le fléau se propage en Pologne. Du 16 au 31 juillet, on a compté 2,613 cas et 1,099 décès.

A Liège et les environs, il y a eu 317 cas de choléra et 76 décès du 7 juillet au 4 août. En Hollande, à Maestricht, on a compté, du 29 juillet au 12 août, 44 cas et 21 décès. On a signalé un cas mortel à Amsterdam.

Au cours de cette même séance, M. Proust a fait connaître au Comité consultatif, les résultats obtenus par le docteur Haffkine, ce médecin russe élève de M. Pasteur, envoyé en mission dans l'Inde pour y expérimenter son procédé de vaccination anticholérique. Ces résultats ont été publiés par l'*Union médicale* dans son numéro du 14 août ; ils sont de nature à donner des espérances.

La peste est entrée à Hong-Kong dans sa période période décroissante. Dans la première quinzaine de juillet, la moyenne des décès a été de 40 par semaine ; à la date du 15, le total des morts s'élevait à 2,442. Les dix Européens en traitement à bord du ponton mouillé en rade sont dans un état relativement satisfaisant. La peste vient de se manifester dans l'Assyr. C'est, on le sait, un de ses théâtres de prédilection.

L'épidémie de Hong-Kong aura fait accomplir un grand progrès à la bactériologie, si, la découverte du microbe de la peste faite par le docteur Yersin, annoncée à l'Institut par M. Duclaux, et dont il a été fait mention dans l'*Union médicale* du 14 août, se confirme comme nous n'en doutons pas.

— L'attention du ministre de la guerre a été tout récemment appelée sur des accidents survenus, dans plusieurs garnisons et notamment dans celles d'Abbevil e et de Nancy, par suite de la mauvaise qualité de la viande, distribuée aux troupes. A Nancy il est survenu une épidémie de dysenterie due à cette cause dans le 79e et le 37e régiment d'infanterie. Une quarantaine de malades ont été dirigés sur l'hôpital militaire et ces deux régiments ont dû quitter la ville. En raison de ces faits, le général Mercier vient de donner des ordres au deuxième bureau de la direction des services administratifs,

afin qu'elle rédige de nouvelles instructions pour l'inspection de viande dans les corps de troupes.

Cette partie du service militaire est aujourd'hui régie par le réglement du 23 octobre 1887, lequel a indiqué les conditions que doit remplir la viande livrée par les fournissenrs avec lesquels les corps de troupes passent des marchés.

« La viande doit provenir d'animaux bien conformés parfaitement sains abattus, sauf les veaux, dans l'âge adulte, bien en chair et convenablement gras. Avant d'être acceptée elle doit être l'objet d'une inspection sérieuse. Le vétérinaire examine l'animal sur pied, le médecin visite l'animal abattu ; il est secondé soit par le vétérinaire soit par la commission des ordinaires dont les membres ne peuvent jamais se faire suppléer par le sous-officier secrétaire de cette commission (1) ».

Cela se passe ainsi dans certaines garnisons, mais ce n'est pas la règle et en réalité il ne faut pas se dissimuler que trop souvent, malgré les clauses insérées au cahier des charges, la viande livrée à la troupe est de la dernière qualité. Elle provient de bêtes que les bouchers ramassent, à vil prix, dans les campagnes et dont les fermiers et éleveurs ne peuvent tirer aucun parti : bœufs qui ne prêtent pas à l'engraissement, vieilles vaches qui ne fournissent plus de lait ou qui sont restées malades après avoir vêlé, toutes *bêtes de réforme* qu'on appelle couramment dans le commerce de la boucherie, *viande à soldats.* Le 23 décembre dernier, on pouvait lire dans la mercuriale de la foire de Limoges, la mention suivante qu'avaient fait inscrire les marchands de bestiaux du centre de la France : « Vaches de « quatrième qualité, viande de militaires, de 38 à 42 francs les 100 kilo- « grammes poids vif », et, sur la même mercuriale, la viande de dernière qualité pour les civils était cotée au minimum de 55 francs les 100 kilogrammes.

Une pareille impudence ne peut pas se tolérer et les hygiénistes ne peuvent qu'applaudir à la décision que vient de prendre le ministre de la guerre. Les instructions qui se préparent préciseront avec encore plus de netteté les conditions dans lesquelles les médecins et les vétérinaires militaires, partout où il en existe, doivent inspecter, avant et après les abats, les animaux destinés à l'alimentation des troupes. De plus, le général Mercier a invité ses collègues de l'agriculture et des travaux publics à examiner ce qui pourrait être fait, dans les départements, afin que l'armée puisse bénéficier du concours de certains fonctionnaires civils. Il est indispensable en effet que, dans les localités où il n'y a ni médecins, ni vétérinaires mi litaires, le service de contrôle et de surveillance soit confié à des médecins ou à des vétérinaires civils. Il sera prescrit, en outre, aux officiers chargés de la réception de la viande de s'assurer que tous les quartiers mis en dirtribution portent l'estampille apposée, dans les abattoirs, par les préposés du service sanitaire de ces établissements.

Ces messieurs auront sans nul doute les meilleurs résultats dans les corps de troupes qui passent des marchés avec des fournisseurs, mais ce n'est pas la règle. En général, la viande est achetée au compte de l'ordinaire chez les bouchers de la localité et par les soins des capitaines des

(1) Décision ministérielle du 9 mai 1892.

compagnies. Or, comme il y a douze compagnies par régiment, le médecin et le vétérinaire ne peuvent pas se trouver dès l'aube matinale chez tous les bouchers avec lesquels les capitaines se sont entendus. La viande, dans ce cas, échappe à tout contrôle régulier.

Le véritable remède à ces abus consisterait dans la création de boucheries militaires, comme celles que les Allemands ont établies à Strasbourg et à Metz, comme celle qu'on a installé récemment à Toul.

L'idée d'organiser en gestion directe le service des vivres-viande de cette place a été suggérée par les exigences croissantes des bouchers de la ville. En 1890, le gouvernement militaire de Toul demanda au ministre l'autorisation d'y organiser une boucherie de garnison. Sa proposition fut agréée par décision du 27 novembre 1890, et la boucherie commença à fonctionner dès le 1er janvier suivant.

Elle est dirigée par une commission administrative composée d'un officier supérieur président, de huit capitaines, du vétérinaire militaire et d'un officier d'administration chargé de la surveillance du service, de la gestion des fonds et de la comptabilité. Il a sous ses ordres seize hommes de troupes dirigés par un sous-officier surveillant général.

La Commission a obtenu du ministère de la guerre un roulement de 100,000 francs, ce qui lui permet de faire ses achats sur tous les marchés. Elle a créé une réserve de cent têtes de gros bétail qu'elle entretient par des achats faits en temps opportun. L'abatage se fait à l'abattoir de la ville dont une partie a été concédée à l'autorité militaire et aménagée par les soins du génie.

La clientèle de la boucherie de Toul ne se borne pas à fournir de la viande à l'ordinaire des corps de troupe, elle en délivre aux ménages d'officiers, aux gendarmes, aux forestiers à toute la famille militaire en un mot, à des prix qui représentent à peu près la moitié de ce qu'on paye à Paris. Quant aux ordinaire elle leur fait payer la viande au prix uniforme de 1 fr. 25 le kilogramme.

L'intendant militaire Marcheix termine son rapport au ministre par les conclusions suivantes :

« La boucherie militaire de Toul a eu pour résultats.

« 1° D'assurer aux ordinaires la fourniture quotidienne de viandes de « bonne qualité provenant d'animaux soigneusement examinés et rigoureu- « sement sains.

2° De procurer les mêmes avantages aux ménages militaires.

3° De maintenir l'indemnité de viande à un taux raisonnable et qui pro- « cure à l'Etat un bénéfice d'environ 150,000 francs par an.

Cette mesure en sauvegardant l'intérêt des troupes et de l'Etat satisfait également ceux de l'agriculture, car les éleveurs de l'Est ont exprimé le vœu que des boucheries militaires fussent organisées dans toutes les places occupées par le sixième corps d'armée.

L'Académie de médecine, à la séance du 31 juillet, a été saisie d'une question qui intéresse l'hygiène par un de ses côtés. M. Dieulafoy lui a donné lecture de son rapport sur un mémoire du docteur Dembo, intitulé : *L'abatage des animaux de boucherie, études composée des diverses méthodes*. Il a été rendu compte, dans l'*Union*, de la discussion qui a suivi

cette communication (1), mais on ne s'est occupé de la question qu'au point de vue humanitaire, qui intéresse plus spécialement la Société protectrice des animaux. C'est, en effet, celui que traite avec le plus de développement la brochure du médecin de Saint-Pétersbourg. Il a multiplié, pour appuyer sa thèse, les raisonnements, les recherches et les expériences, avec une abondance qu'on pourrait presque taxer d'exagérée. s'il était possible de trop approfondir un sujet scientifique, quel qu'il soit, lorsqu'on en a entrepris l'étude. Celui qui nous préoccupe n'a été qu'effleuré.

Il s'agit, pour l'hygiène, de savoir si la viande est meilleure lorsque l'animal a été sacrifié par le mode juif, c'est-à-dire par section immédiate et complète des vaisseaux du cou, que lorsqu'il a été assommé d'abord et saigné ensuite, comme on le fait à peu près partout. Or, M. Dembo soutient que la viande des animaux qui meurent en quelques secondes par section complète des vaisseaux du cou et qui est exsangue, se conserve mieux que celle des animaux qui sont préalablement assommés, parce que le coup de masse paralyse les centres vaso-moteurs qui commandent la dilatation et la constriction des vaisseaux sanguins.

La viande des animaux assommés, dit-il, est de couleur sombre, de consistance molle; celle des bestiaux saignés est claire, exsangue, ferme. Chez eux, la cavité thoracique reste propice et tout lavage interne ou externe est inutile. Leur viande est aussi ferme dix heures après la mort que celle des animaux étourdis ou assommés deux heures après. Jamais la viande des animaux assommés n'est aussi ferme que celle des animaux saignés. Celle-ci se conserve en été au moins un jour de plus que celle des autres.

Pour démontrer les qualités supérieures de la viande saignée, le médecin russe produit le témoignage de bouchers de Berlin, de Cologne, de Carlsrhue n'appartenant pas à la religion juive et, par conséquent indépendante. Ces faits ont été contestés par MM. Trasbot et Weber, lors de la discussion académique du 2 août. Si la viande des animaux saignés était meilleure et se conservait plus longtemps, ont-ils dit, les bouchers, qui sont les premiers intéressés et les plus compétents, auraient depuis longtemps adopté cette méthode. Cette raison ne me paraît pas absolument péremptoire. Il faut tenir compte de la routine et surtout de ce fait qu'en saignant l'animal à blanc, on lui fait perdre quelques kilogrammes de son poids, et que le boucher ne tient pas à subir ce préjudice.

Tout ce qui touche à la qualité de la viande a une importance si considérable au point de vue de l'hygiène alimentaire, qu'il me semble que la thèse soutenue avec une si grande richesse de documents par M. Dembo, n'est pas de celles qu'on écarte par une fin de non-recevoir.

Jules Rochard.

(1) *Union médicale* du 2 août 1894, p. 153.

CONGRÈS FRANÇAIS DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Session de Lyon (du 2 au 4 août 1894) (1).

—

Affections vénériennes

M. Brousse est revenu sur l'étude de la *pleurésie syphilitique de la période secondaire* signalée par Chantemesse et nommée par ce dernier : pleurésie syphilitique du stade roséolique. Cette pleurésie n'a pas de caractère symptomatique qui lui soit propre. Cependant son début est habituellement latent, sans frissons, la fièvre est peu intense ou manque, l'évolution se fait souvent par poussées, et enfin, le traitement spécifique a une action rapide. Bien que la pleurésie se montre à la période secondaire, c'est le traitement mixte qui convient.

M. Jullien a observé 10 fois une *malformation des machoires* qui, pour lui, serait un signe de la syphilis héréditaire. La machoire supérieure déborde la machoire inférieure soit dans la partie antérieure seulement, soit dans toute son étendue. Sur les 10 cas vus par M Jullien, une seule fois l'hérédo-syphilis était douteuse.

M. Hallopeau, en étudiant les *localisations cutanées et osseuses de la syphilis*, a constaté qu'il n'était pas rare de voir les parties du squelette sous-jacentes aux syphilides tertiaires devenir le siège d'exostoses ou de périostoses. La syphilis, dans ce cas, mérite le nom de régionale car, partout ailleurs, le squelette reste intact. Il n'y a pas propagation, du reste, mais il est probable que la lésion cutanée provoque à distance dans l'os sous-jacent, un trouble trophique qui en fait un milieu de culture favorable au développement du contage.

D'après M. Cordier (de Lyon), la *syphilis* pourrait parfois débuter d'*emblée* par des accidents secondaires et il a pu vérifier ce fait en examinant journellement des sujets ayant pratiqué un coït suspect. Les accidents secondaires se sont montrés au bout d'une moyenne de 50 jours sans avoir été précédés de chancre ni de d'adénopathie. Assez souvent le chancre est précédé de lésions banales telles que l'herpès ou la balanite.

MM. Ganzinotti et Etienne ont vu se produire une hérédo-syphilis à l'âge de 25 ans. Les accidents débutèrent par des gommes du crâne quelques jours après un traumatisme de la région ; il y eut successivement des gommes du genou gauche, des accidents cérébraux extremement graves, une irido-choroïdite, des accidents de syphilis pulmonaire.

M. Barthélemy a tracé les règles du *traitement de la blennorrhagie* chez la femme. Pour lui on ne doit employer les balsamiques que lorsque la suppuration est tarie. Il recommande aussi les injections de permanganate, les agents médicamenteux. Le meilleur moyen pour faire disparaître les blennorrhagies du col qui tendent à devenir chroniques est l'emploi de l'électrolyse faite avec un hystéromètre de platine qui sert de pôle positif.

Dans un cas d'*uréthro cystite blennorrhagique*, MM. Balzer et Lacour ont vu se produire un purpura infectieux accompagné d'un état typhoïde très grave avec gastro-entérite, hématémèses, hématurie, myosites et arthralgies. Il y eut plusieurs poussées de purpura et des rechutes. L'infection générale s'est produite dans ce cas dès le début de la blennorrhagie. On a trouvé dans le canal le gonocoque et le staphylocoque blanc et ce dernier seul dans le sang.

---

(1) Suite. Voyez *Union médicale* du 18 août 1894.

Affections de la peau

M. Brocq a observé un cas d'*hydroa vacciniforme* sur une femme chez laquelle, dès qu'elle s'expose aux rayons d'un soleil un peu chaud, se montre une éruption de vésicules et de vésico-pustules sur la face et les oreilles.

L'hydroa vacciniforme se montre surtout chez les enfants et récidive sans cesse, surtout pendant l'été ; il disparait peu à peu à mesure que l'âge adulte approche. C'est une éruption artificielle de cause externe qui se montre sur les régions découvertes principalement sur le visage. Dans les cas les plus caractéristiques l'éruption se compose d'éléments dont le centre brun clair ou brun sombre est affaissé et entouré d'un soulèvement épidermique opalin cloisonné ; une zône érythémateuse edvironne le tout. Les vésico-bulles sont isolées ou confluentes puis revêtent l'aspect de pustules ombiliquées bientôt revêtues d'une croûtelle qui tombe au bout de 6 à 15 jours. Il reste une cicatrice déprimée indélébile. Parfois les soulèvements de l'épiderme opalins, vésiculeux, à base rouge jaunissent de suite, se résorbent et disparaissent. Histologiquement l'hydroa est caractérisé par une nécrose profonde de l'épiderme et superficielle du chorion.

L'*acné nécrotique*, qu'a décrite M. Dubreuilh, est à rapprocher de l'acné pilaire de Bazin et de l'acné frontalis ou varioliforme de Hebra. Le nom d'acné nécrotique est celui qui mérite d'être conservé parce qu'il tient compte de la lésion la plus caractéristique de la maladie et qu'il ne présente ancune ambiguité. Comme éléments éruptifs on voit des élevures lenticulaires peu saillantes, obtuses, d'un rouge vif au début, devenant plus tard violacées ou brunâtres, infiltrées et fermes à la palpation, centrées par un poil et surmontées d'une croûte. Cette croûte est arrondie, jaunâtre, enchassée dans la papule sur laquelle elle ne fait pas de saillie propre; elle est molle, tenace, adhérente et s'arrache difficilement ; on trouve au-dessous d'elle une perte de substance taillée à l'emporte-pièce, granuleuse, un peu suintante, tapissée d'une faible quantité de pus ; la lésion n'est jamais constituée par une véritable pustule. Au bout de quelques jours, l'élevure s'affaisse, laissant une croûte brune, raide, sèche, qui ne tombe que lorsque la cicatrisation est achevée. Il reste alors une cicatrice circulaire, déprimée, d'aspect varioliforme. pigmentée au début, plus tard blanche et sur laquelle persistent sans altération les poils et les cheveux. Il n'y a pas d'autres phénomènes subjectifs qu'un peu de démangeaisons. L'éruption se développe surtout à la face, notamment aux tempes, au front, à la lisière des cheveux, au nez ; elle peut aussi s'étendre sur le cuir chevelu, les joues, les pavillons des oreilles, les régions rétro-auriculaires. Plus rarement elle atteint les faces antérieures et postérieures du tronc et dans ce cas, les lésions sont particulièrement larges et profondes. C'est cette dernière localisation qui a été étudiée par M. Back sous le nom d'acné nécrotique. Les lésions sont souvent réunies en plus grand nombre en certains points qui forment des foyers, mais sans groupement défini ; chaque lésion naît et évolue isolément et chaque foyer contient pêle mêle des lésions d'âge différent.

L'éruption est successive, mais avec des moments de plus grande abondande, constituant des poussées successives intermittentes ou subintrantes pouvant se succéder pendant des années. Comme dans les formes un peu intenses, chaque lésion laisse une cicatrice, il en résulte que certains malades sont grêlés comme ils le seraient par une variole grave. On peut observer plusieurs variétés, depuis les lésions larges et profondes qui laissent des cicatrices creuses au point de recevoir l'extrémité du doigt jusqu'à celles qui ne laissent que des cicatrices imperceptibles ou même n'en produisent pas du tout. La suppuration, la formation de croûtes impétigineuses compliquent parfois la maladie. Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit d'une nécrose momifiante superficielle de la peau se faisant probablement sous l'influence de causes microbiennes

locales. Cette nécrose peut n'atteindre que l'épiderme ou une partie de ce dernier et alors il n'y a pas de cicatrice. Généralement elle entame plus ou moins profondément le derme. La lésion débute toujours à l'orifice d'un follicule pilo-sébacé, mais la glande sébacée, et à plus forte raison la partie profonde du follicule pileux, ne sont touchés que par les lésions diffuses de réaction inflammatoire qui n'atteignent pas leur structure. Le traitement de choix de l'acné nécrotique est la pommade soufrée :

Axonge benzoïnée		30 grammes
Savon de potasse	åå	5 —
Soufre précipité		
Parfum		q. s.

M. W. Dubreuilh a aussi étudié le *lentigo malin* des vieillards, affection qui débute par une macule brune ou noire et aboutit à la production d'une tumeur maligne. La macule brune apparaît spontanément ou à la suite d'un traumatisme (joue, paupière inférieure, conjonctive) est constituée par une simple pigmentation et peut persister pendant des années en présentant des variations de teintes ou en restant stationnaire ; parfois la tache se déplace. Puis, à un moment donné, apparaît sur elle ou dans son voisinage une tumeur maligue ulcérée, végétante et saignante à accroissement rapide, mélanique ou non. Elle récidive après chaque ablation sur place ou dans les ganglions, puis devient nettement mélanique. Histologiquement, il s'agit d'épithéliomes du type ordinaire de la peau.

M. Ch. Audry a vu le *lichen plan* débuter par les muqueuses chez un homme de 36 ans, il se produisit des efflorescences blanches disséminées sur la face interne des joues et des lèvres et ensuite sur la face supérieure de la langue. Ce ne fut que trois ou quatre semaines plus tard que des papules se montrèrent sur la paume des mains, le gland, les poignets, etc. Le début par les muqueuses est très rare, tandis que les lésions ces dernières au cours de la maladie se voient assez fréquemment.

M. Barbe a communiqué un cas curieux d'*erythrodermie scarlatiniforme prémycosique chez une cancéreuse*. Ce qui a fait porter le diagnostic c'est la teinte toute particulière à l'érythème. Il n'y avait que des démangeaisons très supportables.

Dans certains cas, on peut voir, d'après M. Hallopeau, des poussées d'érythème polymorphe se reproduire avec des caractères identiques à chaque époque mensuelle. Cet érythème peut n'avoir, au début, qu'une seule localisation ; ses manifestations peuvent devenir graduellement plus nombreuses et se reproduire toujours dans les points primitivement envahis avec les mêmes caractères, ici d'érythème papuleux, là d'érythème vésiculeux ; ces récidives constantes dans les mêmes parties peuvent s'expliquer par la moindre résistance qu'opposent à l'action des toxiques autochtones les parties intéressées par les précédentes éruptions.

(A suivre.)

COURRIER

Des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées en récompense de leur dévouement au cours de diverses épidémies :

Médaille d'or : M. le docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Médaille d'argent : M. le docteur Vilcocq, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons; Mère Sainte-Lucie, religieuse à l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Médailles de bronze : Sœurs Sainte Mélanie, Sainte Philomène, Saint-Charles, religieuses à l'Hôtel-Dieu de Soissons; Mmes Lecart, Godard, Mathon, Langlois, infirmières à l'Hôtel-Dieu de Soissons; Palazy, infirmier à l Hôtel-Dieu de Soissons.

Médaille de vermeil : M. le docteur Froment, médecin des prisons d'Amiens.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Fournier : Diagnostic du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux. II. Revue de thérapeutique. — III. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Courrier.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier

Diagnostic du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux

(Suite.)

Tout autre se présente l'ulcère scrofuleux. Ainsi : Comme règle générale, moins profond que l'ulcère syphilitique, moins déprimé, bien moins déprimé au-dessous du plan des parties saines. Très souvent même, il se tient sur le même plan que ces parties, de niveau avec elles. Souvent encore, il est exhaussé, bombé, il dépasse le niveau des parties saines ; c'est alors un ulcère en saillie. Comme exemple, je vous montrais à l'instant ce phagédénisme scrofuleux développé sur le malade du n° 54 de la salle St-Louis. L'ulcère de la lèvre est au-dessus du niveau des parties saines environnantes.

Enfin, vous savez qu'il est une forme particulière de lupus, dit lupus exubérant, dans laquelle la lésion prend l'aspect d'un condylome saillant, végétant, se recouvrant de végétations papillaires, granuleuses, et susceptible de conférer aux parties qu'il occupe une exagération de volume plus ou moins considérable. Ainsi, non seulement dans cette forme la lésion ne constitue pas un ulcère, une perte de substance en creux, une dépression ; mais elle constitue une hyperplasie, une hypertrophie apparente. Si bien que le nez, par exemple (siège le plus habituel de cette lésion), est quelquefois doublé d'épaisseur, comme sur cette pièce. Cette dernière forme est à peu près pathognomonique du lupus. Je dis « à peu près » et je dois légitimer cette réserve. C'est, qu'en effet, la syphilis, elle aussi, peut produire des lésions exubérantes, végétantes, papillomateuses, à excroissances mamillaires, granuleuses, mollasses et forme aussi sur la surface d'ulcérations de véritables tumeurs frambœsioïdes, rosées ou rouges d'aspect, semblables à une touffe de bourgeons charnus, et mesurant comme relief, 1, 2, 3 centimètres de hauteur. Cette forme d'ulcérations végétantes a été décrite sous divers noms, et M. Verneuil en 1877 a rappelé l'attention sur elle en lui donnant le nom d'ulcus elevatum tertiaire. En voici un exemple : Mais cela dit, reconnaissons : que cette forme est tout à fait exceptionnelle pour le sujet ; qu'elle ne s'est pas produite jusqu'ici (que je sache au moins) sur le nez, et que inversement, c'est sur le nez que la scrofule le détermine de préférence. Donc, lorsqu'elle vient sur le nez dans la forme si particulière dont je vous montre un exemple, elle reste presque absolument pathognomonique de la scrofule.

Le fond de l'ulcère syphilitique, avons-nous dit, est inégal, raviné, anfractueux. Celui de l'ulcère scrofuleux est ou bien lisse, ou bien inégal, mais d'une autre façon il l'est généralement par production sur sa surface de mamelons végétants, bourgeonnants, granuleux.

Opposition plus frappante au point de vue de la couleur. Tandis que le fond de l'ulcère syphilitique est presque invariablement gris, lardacé, ou

(1) Voir l'*Union médicale* du 21 août.

tout au moins semé de lambeaux, de points jaunâtres, grisâtres, bourbillonneux, celui de l'ulcère scrofuleux est uniformément rouge ou rosé, de la couleur des bourgeons charnus; souvent même il est rose pâle, de la couleur d'une plaie atonique qui entre en réparation, mais qui entre mollement, et dont la réparation languit. Voyez comme exemple, la plaie du n° 54. Cette plaie, légèrement exhaussée, est du rose tendre le plus pur; on dirait une plaie de bon aspect, qui ne demande qu'à se cicatriser, qui va se cicatriser, si on l'excite quelque peu ; en réalité, c'est une plaie chronique datant de plusieurs années, et rebelle, réfractaire à la cicatrisation. Il y a là une opposition formelle des plus curieuses, entre l'aspect bénin de la plaie et sa résistance, son caractère essentiellement malin. Sans doute, une opposition aussi formelle est bien loin d'exister dans tous les cas entre l'aspect de l'ulcération syphilitique et celui de l'ulcération scrofuleuse. Il est nombre de cas où elle s'atténue, où elle s'efface, jusqu'au point où les deux ordres d'ulcères aboutissent à présenter une physionomie qui n'a rien de distinctif, de spécifique. Mais fort souvent aussi cette opposition se conserve et confère au diagnostic un élément des plus importants. Fort souvent au premier aspect, il est possible de distinguer l'ulcère scrofuleux de l'ulcère syphilitique, et cela, je le répète, parce que : l'ulcère syphilitique offre généralement une coloration grisâtre, lardacée, bourbillonneuse; l'ulcère scrofuleux se présente sous la forme d'une lésion rougeâtre ou rosée, semblable à une plaie atonique, en voie de réparation languissante.

Ajoutons enfin à ce parallèle une dernière différence : l'ulcère scrofuleux est remarquable en cela qu'il saigne facilement, qu'il saigne quand on le touche, quand on l'essuie, qu'on l'explore, qu'on le panse, etc. ; au contraire, l'ulcère syphilitique ne saigne pas ou ne saigne que difficilement, rarement, exceptionnellement.

L'ulcère syphilitique et l'ulcère scrofuleux peuvent l'un et l'autre se recouvrir d'un revêtement croûteux, s'encroûter. Je pourrais dire que l'ulcère syphilitique se recouvre plus facilement et plus fréquemment de croûtes que l'ulcère scrofuleux. Mais je passe sur cette différence qui n'est, après tout, qu'une différence de degré comme fréquence, et qui n'a rien d'important, de caractéristique en l'espèce. Les croûtes du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux sont quelquefois différentes de constitution et d'aspect (notez que je dis quelquefois, car à ce point de vue, il est de fortes restrictions à faire, sur lesquelles je reviendrai dans un instant).

Ainsi, celles de la syphilis sont en général : plus épaisses, plus proéminentes que celles de la scrofule. Parfois, elles se présentent comme stratifiées, conoïdes, semblables à l'écaille d'huître, d'où leur nom de croûtes ostréacées. Notons cette particularité qui appartient presque exclusivement à la syphilis, tout au moins qui est infiniment plus commune dans la syphilis que dans la scrofule. Elles sont mieux formées, plus solidement constituées, plus homogènes, plus compactes, plus dures et aussi plus adhérentes que celles de la scrofule ; celles de la scrofule sont au contraire moins solidement constituées, plus friables, plus sèches, moins résistantes, tombent plus facilement. Enfin les croûtes de la syphilis ont deux colorations habituelles brun foncé et verte, verdâtre, vert foncé, rappelant le bronze florentin ; celles de la scrofule sont plus variables comme teinte,

d'abord ; de plus, en général, elles sont d'un ton moins foncé, moins sombre, mêlées de tons blanchâtres, plâtreux, jaune brun, jaune verdâtre ; quelquefois, cependant, elles se présentent absolument noires, par mélange d'une certaine quantité de sang à leurs éléments constitutifs.

Au total, sans tenir compte des détails secondaires, les différences les plus saillantes consistent surtout en ceci : que les croûtes de la syphilis sont quelquefois particulièrement remarquables par deux nuances spéciales, à savoir la coloration brune foncée (chocolat foncé) ; la coloration verdâtre foncée du bronze florentin ; colorations que ne présente que très rarement, accidentellement la scrofule et qui, lorsqu'elles sont bien tranchées constituent, sinon des signes pathognomoniques, au moins de fortes présomptions en faveur de la syphilis.

L'état de la base ne fournit en l'espèce que rarement des signes d'importance significative. Cependant, en quelques cas, on remarqnera ceci : avec l'ulcère syphilitique, base engorgée, dure, infiltrée; ulcère reposant sur des tissus encore manifestement hyperplasiés, soit que la couche gommeuse qui sert de pâture au phagédénisme ne soit pas encore épuisée, soit que cette couche se reproduise à mesure qu'elle se dévore, ce qui est le cas sur certains malades. Au contraire, avec l'ulcère scrofuleux, base généralement souple, molle, sans infiltration sous-jacente, souvent même molle d'une façon remarquable, comme le signale Lallier,

Parfois un très utile appoint peut être fourni au diagnostic par les lésions périphériques, c'est-à-dire par les lésions qui avoisinent l'ulcère phagédénique quelle qu'en soit la nature, à savoir : par les tubercules soit syphilitiques, soit scrofuleux qui, en nombre de cas, coexistent avec l'ulcération principale, qui lui servent d'avant-garde pour ses dévastations futures, ou même qui se reproduisent en arrière de l'ulcération sur la cicatrice déjà formée. Or, ces tubercules diffèrent d'aspect suivant qu'ils relèvent de la syphilis ou de la scrofule. Ceux de la syphilis sont généralement plus gros, plus volumineux, plus durs, plus élastiques, moins persistants à l'état de tubercules secs, solides, s'ulcèrent plus rapidement.

Mais passons sur ces caractères qui n'ont qu'une valeur relative d'appréciation difficile, délicate, et venons à deux autres caractères parfois très frappants, que je tiens surtout à bien vous signaler. Ils consistent en ceci :

Différence de couleur : Le tubercule syphilitique est rouge foncé, rouge sombre, rouge jambon ; le tubercule scrofuleux est d'un rouge fauve, d'un rouge jaune, jaune sucre d'orge. Cette teinte tout à fait spéciale est quelquefois perceptible à première vue, mais devient bien plus manifeste par pression exercée sur la peau. Passez le doigt sur la peau en exerçant et en maintenant une certaine pression et vous verrez aussitôt se détacher de la peau exsangue le tubercule lupeux sous forme d'une petite lentille jaunâtre, de la couleur des bâtons de sucre d'orge qui font les délices des enfants. Cette couleur est tout à fait spéciale en l'espèce. Pour ma part, elle m'a vivement frappé, et je déclare que ce signe me paraît mériter la plus grande attention. Je l'ai étudié en maintes et maintes occasions et pour l'avoir rencontré très fréquemment dans la scrofule, je ne l'ai jamais vu coexister avec la syphilis. Je lui attache, comme signe diagnostique une très haute valeur.

Différence d'aspect des surfaces tuberculeuses : Etat squameux, pityria-

siforme. En quelques cas, les surfaces envahies par les tubercules strumeux, lupeux, alors surtout que ces tubercules sont confluents, se recouvrent de squasmes, de squamules, ou d'une fine poussière pityriasique qui confère à la lésion un aspect blanchâtre, assez analogue à celui de certains pityriasis en pleine desquamation. Or, cet aspect blanc, cette nappe squameuse, nacrée, ichtyosique appartient presque en propre au lupus, ne se rencontre pas, ou tout au moins ne se rencontre pas au même degré dans la syphilis

Tels sont les signes objectifs qui peuvent concourir à établir le diagnostic différentiel du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux.

Ils sont nombreux assurément. Et s'ils se présentaient tous réunis, dans un cas donné, rien à coup sûr ne serait plus facile, plus élémentaire que de distinguer le phagédénisme syphilitique du phagédénisme scrofuleux. Ce diagnostic serait aussi clair, aussi simple que celui de la rougeole, de la scarlatine, de la pneumonie et de la pleurésie.

Et, en effet, vous rencontrez des cas où le diagnostic s'impose véritablement, avec une netteté parfaite ; non pas que tous les signes dont nous venons de parler se trouvent jamais réunis (ce qui serait l'idéal), mais parce que quelques-uns d'entre eux, tout au moins, se présentent assez bien caractérisés, assez franchement accentués pour conférer au diagnostic une sûreté parfaite.

Malheureusement, les choses ne se présentent pas toujours de la sorte. Tant s'en faut ! Et, tout au contraire, très nombreux sont les cas où la solution du problème s'obscurcit parce que les plus importants dans ces signes s'atténuent comme caractéristiques, s'effacent, disparaissent, font défaut. C'est ainsi qu'en nombre de cas, il n'est rien à tirer de précis soit de la configuration générale de la lésion, soit de son aréole, soit de ses bords, de son fond, de ses croûtes, soit encore des tubercules périphériques. De sorte que, dans les cas de cet ordre, le diagnostic devient par cela même délicat, difficile, très difficile, impossible même, au moins à s'en tenir aux seuls signes objectifs. Il est malaisé de croire que des lésions aussi spéciales, aussi différentes comme nature que les lésions de la syphilis et de la scrofule puissent aboutir à n'avoir pas de physionomie spéciale, à perdre leur caractéristique objective, au point de ne pouvoir être reconnues *de visu*, au point de se confondre. Eh bien, si difficile à croire que cela puisse être, si impossible que cela puisse paraître théoriquement, cela est, cela est bien positivement. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Lisez ce qu'ont dit les hommes les plus experts, ceux qu'avec un juste respect nous appelons les maîtres de l'art ; lisez ce qu'ont dit ou écrit sur la matière MM. Ricord et Bazin, par exemple, et vous les verrez professer énergiquement cette opinion et la répéter à maintes reprises, à savoir : qu'il est des cas, même assez nombreux, où la scrofule et la syphilis arrivent à se ressembler assez objectivement, pour qu'il ne soit pas permis de les différencier de par leurs seuls caractères objectifs ; qu'il est des cas où la physionomie des lésions scrofuleuses et syphilitiques se confond véritablement à ce point qu'il est impossible, absolument impossible, d'instituer entre elles *de visu* un diagnostic différentiel. A l'appui de ce dire, je pourrais vous citer des autorités multiples et des textes différents. Mais je m'en abstiens, car j'ai mieux que des assertions, mieux que des textes à produire ici, pour forcer votre conviction. J'ai des pièces copiées, admirablement copiées sur

nature, qui seront plus éloquentes que toutes les autorités du monde. En voici deux, comme exemples, que je prends dans notre riche musée de Saint-Louis.

L'une est un lupus nasal d'ordre phagédénique, recueilli sur une malade de M. Besnier, lupus indéniable, incontestable, car cela ressort et de l'observation et de l'autorité très légitime de notre collègue et ami. L'autre est une syphilis phagédénique du nez, syphilis aussi manifeste que possible et que le traitement spécifique a guérie sous vos yeux récemment avec une rapidité amplement significative. Eh bien, voyez les deux pièces, voyez et comparez. Sont-elles assez semblables? Semblable n'est même pas assez dire. Elles sont d'une identité parfaite, absolue. Identité de siège, identité de configuration générale, identité d'étendue, même aspect et même coloration de croûtes, même aréole, mêmes lésions périphériques; rien ne manque à la ressemblance. A ce point que si l'on venait à égarer les étiquettes de ces deux pièces, je me demande comment on arriverait à distinguer l'une de l'autre.

Donc, identité absolue de caractères objectifs, et cependant différence radicale et profonde comme nature de lésions. Est-ce assez dire si les seuls signes objectifs sont parfois insuffisants pour établir un diagnostic différentiel? Aussi devons-nous, pour la solution du problème que nous étudions, nous efforcer de chercher ailleurs d'autres signes moins équivoques, moins sujets à variétés, moins exposés à faire défaut. C'est ce que nous allons faire en poursuivant cette étude.

2° Evolution morbide : Avec l'évolution morbide, nous arrivons immédiatement à un autre ordre de signes bien moins trompeurs, bien plus constants, bien autrement significatifs en l'espèce. Et, en effet, que ressort-il de l'exposé parallèle que je vous ai tracé relativement au phagédénisme de la syphilis et de la scrofule. Ceci : que, réserve faite pour certains cas rares, presque exceptionnels, ces deux phagédénismes affectent une forme toute différente. Le phagédénisme syphilitique a une marche presque toujours hâtive, accélérée, rapide, quelquefois galopante. Le phagédénisme scrofuleux, inversement, est remarquable par son évolution lente, très lente, marquée au coin de la chronicité. Comme ravages, comme envahissement ulcératif de surface, comme destruction d'organes, ce que la syphilis fait en quelques mois, en quelques semaines, la scrofule met des années à l'accomplir. La syphilis, permettez-moi cette façon de dire, c'est le lièvre; la scrofule, c'est la tortue.

Eh bien, appliquons ces données générales à un cas particulier : Vous êtes appelé, je suppose, à formuler un diagnostic sur une lésion phagédénique qui a dévoré une moitié du nez. Renseignements pris, vous apprenez que cette lésion date, comme début, de quelques semaines, de deux mois au plus. Il y a deux mois, le nez mutilé aujourd'hui était en parfait état. Ce seul renseignement vous suffit pour éliminer la scrofule comme cause du phagédénisme actuel, pour admettre au contraire la syphilis comme origine plus que probable des accidents. Au contraire, vous apprenez que la maladie date de 4, 5, 8, 10 ans, qu'elle a procédé lentement et chroniquement au prix d'un nombre considérable d'années. Cela suffit pour exclure la syphilis et inculper la scrofule comme origine de la lésion.

Voilà quel élément diagnostic fournit l'évolution, et ce renseignement

diagnostic est, vous le voyez, des plus précieux, des moins trompeurs. Cependant, est-il pathognomonique, absolument sûr, radicalement significatif ? Non, avouons-le, car d'une part, la syphilis procède quelquefois avec une certaine lenteur dans ses dégâts phagédéniques, sans toutefois dépasser une certaine mesure ; d'autre part, la scrofule est parfois hâtive, très hâtive, dans les formes auxquelles on donne le nom de *lupus vorax*. Mais que sont ces exceptions ? Très rares. Ne constituent que des exceptions de fréquence minime. La règle reste donc la règle et la vérité clinique, c'est qu'entre la syphilis et la scrofule, il existe une opposition formelle au point de vue de la rapidité de la marche, de l'évolution. C'est à ce titre que l'évolution constitue une ressource énorme, dont le diagnostic peut souvent tirer le plus utile parti. *(A suivre)*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'actinomycose

L'actinomycose est rare en France non seulement chez l'homme, mais même chez les animaux (Nocard). Il n'existe encore que dix-sept observations françaises d'actinomycose humaine, en dehors toutefois des cas que Lebert en 1857 et Robin en 1870 avaient rapportés. (Ce sont ces auteurs, on le sait, qui ont pour la première fois décrit l'actinomycose.)

Néanmoins il est utile de connaître les progrès introduits, grâce aux expériences des vétérinaires, dans la thérapeutique de cette affection.

M. Thomassen, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Utrecht, eût l'idée, en 1885, d'employer l'iodure de potassium chez les bovidés atteints de *glossite actinomycotique*. Cette tentative eut un plein succès. Tous les animaux soumisau traitement ioduré guérirent. Pendant plusieurs années, M. Thomassen prolongea son expérience sans jamais éprouver un échec.

En France, M. Nocard vulgarisa cette méthode qui a déjà donné des succès. L'iodure de potassium fut alors donné non seulement dans des cas de langue actinomycotique, mais aussi dans toutes les autres déterminations de l'actinomycose.

Dans ces deux dernières années, les vétérinaires américains ont entrepris sur une vaste échelle le traitement de cette affection par l'iodure de potassium, et les résultats ont été excellents. Sur 185 animaux ainsi soignés, 131 guérirent complètement; les autres auraient probablement guéri aussi bien si le traitement n'était intervenu à une période trop tardive. Dans une autre série de 53 animaux traités de bonne heure tous guérirent.

Il était logique, étant donnée l'action merveilleuse de l'iodure de potassium, de transporter la méthode de M. Thomassen dans la thérapeutique de l'actinomycose humaine.

L'iodure de potassium fut, en effet, prescrit tout d'abord en Hollande, dans quatre cas dont M. Nocard (1) publia en 1893 les observations.

Le premier fait appartient au professeur Van Sterson et peut ainsi se résumer: actinomycose du plancher de la bouche, perforation de la région sous-maxillaire, infiltration très étendue et très profonde de cette région. L'iodure de potassium fut donné à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour. Immédiatement à un mieux notable se produisit qui continua régulièrement jusqu'à la guérison.

Dans le deuxième fait, il s'agissait d'une *actinomycose cœcale*.

(1) *Recueil de Médecine vétérinaire.*

Il existait tout d'abord une tumeur dans la région du cœcum. Cette tumeur fut d'abord ouverte par le professeur Van Siterson; de l'incision s'écoula une matière purulente assez abondante; le doigt pouvait pénétrer dans une cavité bien limitée, siégeant entre les intestin. Cette cavité fut bourrée avec de la gaze iodoformée. et trois semaines après le malade sortait de l'hôpital en apparence très bien guéri. Mais il y rentrait au bout d'un mois; la plaie s'était rouverte spontanément et dans le pus qui s'écoulait on constatait de nombreux *grains jaunâtres.*

Le malade fut alors soumis au traitement ioduré: 1 gr., puis 1 gr. 50 d'iodure de potassium par jour. En moins d'un mois la guérison était complète.

Le troisième cas appartient au docteur Salzer, d'Utrecht. Il s'agit d'une actinomycose faciale grave (région temporale, région zygomatique, paupières). 2 gr. 50 d'iodure de potassium par jour; guérison en un mois et demi environ.

Le quatrième appartient au docteur Vtringa, de Zwolle. Actinomycose sous-maxillaire, ayant envahi le cou et menaçant le thorax. Gravité rapidement croissante malgré un traitement local énergique.

A ce moment on prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour; dès le troisième jour le mal cesse ses progrès et déjà on constate une tendance à la guérison.

En deux mois et demi guérison à peu près complète.

En France, le traitement ioduré fut prescrit pour la première fois dans l'actinomycose humaine par M. Meunier, de Tours (1). Il s'agissait d'actinomycose cervicale avec induration très marquée. M. Meunier prescrivit contre ce « *pseudo-phlegmon cervical actinomycotique* » 1 gr. 50 d'iodure de potassium par jour et une pommade à l'iodure de potassium. Sa guérison fut rapide.

MM. Buzzi et Bruno, Galli (2) ont publié également un cas de guérison rapide avec 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Il s'agissait d'une actinomycose grave ayant envahi les régions parotidienne et massétérine, la joue, la paupière, la région mastoïdienne et tout le côté droit du cou.

A ces six observations, il faut ajouter une observation publiée par M. Netter à la Société médicale des Hôpitaux (3), observation du plus haut intérêt, car elle montre bien à la fois et l'impuissance d'une intervention chirurgicale et l'efficacité du traitement ioduré.

Il s'agissait, en effet, d'un cas d'actinomycose thoracique, et l'on sait que la terminaison de l'actinomycose thoracique est toujours fatale.

Dès que la nature de la maladie fut reconnue. M. Netter prescrivit l'iodure à doses quotidiennes variant de 1 à 6 grammes. « L'effet de ce traitement fut presque instantané et miraculeux ». Dès le lendemain, l'état général se modifiait, l'appétit reprenait, et, en moins d'un mois, la guérison était à peu près complète. La malade avait pris en tout 61 grammes d'iodure de potassium.

Tout récemment (4) M. W. Ransom rappelait qu'il avait rapporté en novembre 1891 à la « Royal medical and chirurgical Society » de Londres, un cas d'actinomycose de la prostate et du rectum dont il avait obtenu rapidement la guérison complète grâce à un traitement mixte ioduré et mercuriel. Dans sa communication, M. Ransom avait émis l'hypothèse de l'action résolutive de l'iodure de potassium; c'est à cette substance qu'il rapporte la guérison de son malade, en se demandant toutefois si le mercure n'aurait pas dans une certaine mesure aidé à ce résultat favorable.

(1) Académie de Médecine, mars 1893.
(2) Rif. méd , mai 1893
(3) Voir *Unio médicale*, n° 53, 1893.
(4) *British med. Journ.*, 13 janvier.

Quoiqu'il en soit, de tous les faits que nous venons de rapporter, on peut tirer celle importante conclusion : l'actinomycose était jusqu'à ces derniers temps une maladie presque fatalement mortelle; l'impuissance et l'inutilité des interventions chirurgicales étaient reconnues dans la plupart des cas. Nous possédons aujourd'hui un médicament qui assure la guérison : l'iodure de potassium.

Quant au mode d'administration, M. Netter conseille de donner l'iodure pendant cinq jours de suite, puis d'interrompre pendant deux jours, pour reprendre d'une façon semblable la semaine suivante.

La durée du traitement n'est pas fixe. Mais il faut en tout cas le prolonger jusqu'à guérison complète.

Quant à la dose (1) on a vu dans les cas précédents qu'il n'est pas nécessaire qu'elle soit très élevée pour obtenir la guérison.

M. Netter a administré cependant dès le début 6 grammes d'iodure, mais il a rapidement réduit cette dose à 3 grammes et à 2 grammes.

Il faudra teuir compte de la tolérance particulière du malade sans toutefois reculer devant quelques inconvénients légers de l'iodisme : coryza, conjonctivite, acné, etc., etc.

Il ne nous reste plus qu'à étudier le mode d'action du médicament. C'est là d'ailleurs le point le plus difficile et le plus obscur. On pourrait penser tout d'abord que l'iodure de potassium agit sur e parasite, que celui-ci est sensible à des doses extrêmement faibles de ce corps. Mais cette opinion ne tient pas devant l'expérience de M. Nocard qui a obtenu des cultures d'actinomycès sur de la gélatine additionnée de 1 p. c. d'iodure de potassium. Il faut donc supposer, avec M. Netter, « que l'iodure de potassium agit sur les éléments anatomiques » et les rend capables de résister au parasite. Mais nous ignorons encore complètement le mécanisme intime de cette action.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Clermont-Ferrand du 6 *au* 9 *août* 1894

—

Rapports de l'hystérie et de la folie

M. Ballet. — On peut, avec Foville, définir la folie : l'état de toutes les personnes qui ne jouissent pas de l'intégrité de toutes leurs facultés intellectuelles, morales et affectives. L'hystérie est une maladie mentale dont une définition exacte et précise est très difficile à donner, mais qui est nettement individualisée en clinique. Si l'on est embarrassé pour dire où l'hystérie commence et où elle finit, on ne l'est pas pour affirmer la nature hystérique des différentes manifestations de la maladie. Toutes ces manifestations relèvent d'un même trouble cérébral qui paraît être la caractéristique pathogénique de l'hystérie. Dans ces dernières années, on a mis en relief le rôle de l'idée dans la genèse des manifestations de l'hystérie ; l'idée qui intervient alors diffère des idées ordinaires, c'est une idée que l'on peut appeler subconsciente. On peut admettre que le trouble mental élémentaire de l'hystérie est un rétrécissement du champ de la conscience avec conservation des phénomènes subconsciens et automatiques. Dans l'hystérie, l'axe de la conscience se rétrécit et elle ne dirige plus qu'un petit nombre de phénomènes pyschiques sur lesquels elle règne chez les individus bien portants. L'hystérique a perdu la conscience d'un grand nombre de ses sensa-

(1) Chez les animaux, on donne ordinairement de 6 à 12 grammes d'iodure de potassium par jour.

tions, de ses souvenirs, de ses relations, d'où des anesthésies, des amnésiees et des aboulies qui, en réalité, ne sont qu'apparentes, les anesthénies par exemple étant des esthésies inconscientes. La sensation et les images qui restent en dehors de la conscience existent cependant et se groupent de façons variées pour présider aux actes automatiques qui jouent un si grand rôle dans la pathologie de l'hystérie. Il y a désagrégation du moi chez les hystériques, car les agrégâts de phénomènes subconscients et la personnalité consciente sont toujours en présence. Une expression, une idée fixe, l'attaque, le délire résulteraient non d'une représentation mentale analogue à celle de la vie psychique normale, mais d'idées, de souvenirs venant de l'inconscient à l'insu des malades. Le sonnambulisme résulte du groupement de ces souvenirs et de ces images subconscients qui forment alors des agrégats psychologiques nouveaux entrant en lutte avec la personnalité consciente et parfois la dominant.

Tous les troubles psychiques que l'on observe chez les hystériques ne dépendent pas de l'hystérie. C'est chose commune d'observer l'association de l'hystérie avec un fond de dégénérescence et il est possible que les troubles hystériques et dégénératifs soient régis par des altérations du mécanisme mental analogues ou même identiques.

On a dit que les hystériques étaient coquettes, érotiques, menteuses. La coquetterie ne doit guère dépendre que de l'âge et du sexe; l'érotisme est rare et transitoire et la tendance au mensonge relève de la dégénérescence. Par contre, la suggestibilité, la mobilité dépendant de l'impossibilité de fixer l'attention sont bien nettement des troubles hystériques. Il y a diminution de l'émotivité en général chez les grandes hystériques et en même temps exagération de certaines émotivités, de telle sorte que les malades réagissent de la même manière quelle que soit l'impression qu'elles reçoivent. Les amnésies et les aboulies sont très communes. Les perversions instinctives, les craintes dépendent surtout des dégénérescences et on n'est pas d'accord sur la nature des impulsions au vol, au suicide.

Les attaques d'hystérie sont souvent précédées, accompagnées ou suivies de troubles délirants et la phase des attitudes passionnelles est essentiellement délirante. Dans certains cas, les phénomènes moteurs de la grande attaque s'atténuent et ce sont les manifestations cérébrales qui prennent la première place.

Les notions les plus récentes permettent d'envisager le délire de l'attaque d'hystérie comme un rêve passager subordonné à une idée fixe.

Des idées fixes pénétrant dans le champ de la conscience spontanément ou par suggestion, les états et les délires somnambuliques appartiennent en propre à l'hystérie, Pendant les attaques, le malade ne perçoit pas le monde extérieur, dans le somnambulisme il est en rapport avec lui et l'activité mentale rappelle, dans une certaine mesure, l'activité consciente. Tous ces troubles mentaux se produisent par suite d'un conflit effectif entre les phénomènes conscients et subconscients.

Toutes les formes de la folie peuvent se juxtaposer à l'hystérie; il en est ainsi des délires épileptiques, de ceux des intoxications. Une manie, une mélancolie hystériques ont été décrites. Il est certain que le délire hystérique revêt parfois une physionomie qui le rapproche de la manie, surtout chez les enfants. Mais, dans ces cas, le délire dure peu, c'est surtout un délire de mémoire et il y a prédominance des hallucinations visuelles; enfin, on peut trouver quelques-uns des phénomènes moteurs de l'attaque d'hystérie.

Quelquefois on voit des accès maniaques durer plusieurs semaines, plusieurs mois. M. Sellier admet alors une manie hystérique caractérisée par des accès d'automatisme ambulatoire, des déplacements continuels; les malades sentent souvent qu'ils vont avoir un accès, leurs actes ont un grand coractère de malice, ils sont violents, exigeants, capricieux, et il semble, fait très important, qu'ils conservent la conscience de

leurs actes. En fait, cette conscience n'est qu'apparente et il est rare que, une fois la guérison survenue, les malades gardent le souvenir de ce qu'ils ont fait. M. Colin range les faits de ce genre dans les dégénérescences mentales, mais c'est là une opinion trop absolue.

Chez beaucoup de malades, l'habituelle tristesse est le trait dominant du caractère, mais, de plus, il y a parfois chez les hystériques des délires lypémaniaques transitoires reliés à l'attaque, et, enfin, la mélancolie franche peut évoluer sur un fond hystérique. La mélancolie hystérique se distinguerait par la prédominance de l'élément névralgique, les hallucinations, l'apparition fréquente de la constriction pharyngée, la permanence par delà le délire du tempérament hystérique tel qu'on le concevait naguère avec la tendance aux exagérations, aux doléances excessives.

— M. Joffroy : La question à discuter aurait tout aussi bien pu se poser en d'autres termes et s'intituler : *Des rapports de l'hystérie et de la dégénérescence mentale*, et le rapporteur, dans son travail, semble, du reste, s'être placé sur ce terrain.

C'est, qu'en effet, il est très fréquent d'observer l'association de l'hystérie et des nombreuses formes de la dégénérescence mentale. On peut conclure que l'hystérie se développe habituellement sur un terrain dégénéré. Il y a lieu de se demander, de plus, si l'hystérie elle-même n'est pas une des modalités de la dégénérescence.

Tout d'abord, il est certain que les limites de l'hystérie sont difficiles à préciser et les états qui lui confinent sont précisément des manifestations variées de la dégéneres cence. La coëxistence de ces accidents de dégénérescence et de l'hystérie ne constitue pas une preuve que l'hystérie soit elle-même de la dégénérescence ; c'est simplement une présomption en faveur de la nature dégénérative de l'hystérie.

Un motif d'une plus grande valeur se trouve dans ce fait, mis à bon droit en relief par le rapporteur, que les syndromes de dégénérescence et l'hystérie ont tous pour facteur étiologique principal la prédisposition héréditaire. Et de la communauté d'origine. on est presque logiquement porté à conclure de l'identité de nature.

L'altération du mécanisme mental qui, pour M. Ballet, caractérise l'hystérie, c'est-à-dire la pénétration des idées subconscientes dans le champ de la conscience qui se trouve annihilé n'est pas spéciale à cette maladie et on l'observe dans des troubles mentaux que l'on n'hésite pas à rapporter à la dégénérescence mentale, par exemple dans les impulsions.

De sorte que : *a*) l'hystérie et les manifestations indiscutables de la dégénérescence mentale se rencontrent fréquemment chez le même malade ;

b) L'hystérie et la dégénérescence mentale ont le même facteur étiologique principal : l'hérédité ;

c) L'hystérie et les principales manifestations de la dégénérescence mentale sont régies par des altérations identiques du mécanisme mental.

Ne sont-ce pas là des motifs suffisants pour regarder tous ces phénomènes comme étant de même nature et conclure que l'hystérie est une des nombreuses modalités de la dégénérescence mentale ?

En résumé, pour M. Joffroy :

1° L'hystérie est l'une des formes de la dégénérescence mentale ;

2° Sur ses confins l'hystérie se confond avec certaines manifestations dégénératives, sans qu'il soit conforme aux faits de placer entre elles une limite précise ;

3° Il y a lieu en clinique de conserver à l'hystérie son individualité et de la distinguer autant que possible des autres modalités de la dégénérescence ;

4° Pour cela, il convient de n'accorder la dénomination d'hystériques qu'aux accidents qui se rattachent ou dérivent directement de l'attaque d'hystérie complète ou

fruste ou d'une autre manifestation indubitablement hystérique, telle que le somnambulisme spontané.

M. Pitres a vu les attaques d'hystérie survenir chez une malade à la suite d'un accident de voiture ayant falli coûter la vie à son enfant. Pendant les attaques cette femme voyait son enfant mort, tandis qu'à l'état de veille elle racontait l'accident tel qu'il s'était produit. M. Pitres parvint à guérir la malade en lui suggérant, pendant l'état hypnotique, de se souvenir quand elle sentirait arriver la crise que son enfant n'était pas mort. Il la débarrassa aussi de divers accidents hystériques : céphalée, palpitations, en lui suggérant des rêves dont elle perdait le souvenir. M. Pitres admet donc avec M. Ballet que les phénomènes subconscients sont capables de retentir sur la conscience.

M. Régis ne pense pas qu'on puisse nier la perversité morale des hystériques, et pour lui elle appartient en propre à la maladie. Le terrain hystérique donne aux actes pervers un cachet spécial qui permet de les distinguer. De même que le délire hystérique, tous les délires toxiques et infectieux présentent avec le rêve la plus grande analogie car par une interpellation énergique on suspend pour un instant ces délires, tandis que rien de pareil n'existe avec les véritables vésaniques. M. Régis admet que tous les phénomènes hystériques sont le résultat d'une auto-intoxication.

M. Falret admet l'individualité de la manie hystérique dans laquelle le délire des actes et les perversions sensorielles sont beaucoup plus accusés que dans la manie simple ; de plus il y a une semi-lucidité dans la manie hystérique. M. Vallon partage l'avis de M. Falret.

M. Charpentier combat énergiquement la théorie de l'hystérie admise par M. Ballet, et soutient celle de M. Féré qui admet qu'il s'agit d'un résultat de l'épuisement nerveux.

M. Pierret élève la folie hystérique au rang d'entité morbide ; certains accès de manie, constituant une forme fruste de l'attaque, sont caractérisés par la prépondérance des troubles psycho-sensoriels, par l'état de semi-conscience des sujets, par la concordance entre les conceptions délirantes et les formes de l'expression mimique.

MM. Brissaud et Mendelsohn ont encore pris part à la discussion qui a porté surtout sur les rapports de l'hystérie et de la dégénérescence. Tandis que les uns ont admis que l'on peut devenir hystérique sans être un dégénéré, la dégénérescence étant « un état caractérisé par des malformations physiques, par de la débilité ou de la déséquilibration mentale avec perversions habituelles des instincts, instabilité de l'esprit qui est porté aux doutes, aux hésitations, aux craintes morbides, aux impulsions, enfin par une tendance à certaines formes de délire transitoires ou durables », les autres ont soutenu que tout hystérique est un dégénéré. Enfin, on s'est encore efforcé de distinguer la prédisposition et la dégénérescence, la première pouvant être latente, lorsque par exemple, un sujet bien portant jusqu'alors présente des manifestations hystériques à la suite d'un traumatisme, et la seconde était forcément évidente sans quoi elle n'existerait pas.

En résumé, on peut dire qu'il y a eu là une querelle de mots et que la pathologie mentale gagnerait beaucoup à fixer son vocabulaire. C'est là un point que nous soumettons humblement aux organisateurs du futur Congrès

(A suivre.)

ACADEMIES ET SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1894. — Présidence de M. Sappey.

La ferratine

M. Germain Sée étudie un composé ferreux, la ferratine, qui se rencontre dans le foie de cochon et que Marfori et Schmideberg ont préparé. Cette substance contient 6 0/0

de fer et c'est elle qui constitue les principes actifs des tissus de formation du sang. C'est, au dire de M. Germain Sée, qui n'a encore que l'expérimentation pour appuyer ses conclusions, une des meilleures préparations ferrugineuses ; son usage prolongé ne produit pas de troubles stomacaux ni intestinaux ; elle régularise, au contraire, l'appétit et est un excitant de la nutrition. Son emploi en thérapeutique rendrait des services dans la chlorose ; on l'administre à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gr. 50 par jour.

Guérison des pseudarthroses des os longs par un nouveau procédé

M. Delorme décrit ce procédé qui consiste à engager dans la cavité médullaire de l'un des fragments de l'os atteint de pseudarthrose l'extrémité de l'autre fragment façonné en tenon.

C'est sur un jeune soldat qui avait eu une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec éclatement, par arme à feu, que M. Delorme pratiqua ce procédé. La fracture ne s'était pas consolidée malgré un traitement bien dirigé, et le bras présentait un raccourcissement de 4 centimètres. M. Delorme pratiqua une incision antéro externe ménageant le plus possible les fibres du deltoïde, enleva les esquilles qui auraient gêné le rapprochement du fragment, débarrassa les fragments du tissu fibreux intermédiaire, arrondit avec la pince-gouge le fragment inférieur et lui donna la forme d'un tenon un peu conique, bien régulier, puis l'introduisit dans une étendue de 2 cent. et demi dans le segment supérieur creusé à cet effet ; les mouvements de rotation furent empêchés par une suture avec le fragment inférieur. Suture, drain, pansement antiseptique, immobilisation pendant quarante jours ; guérison après un petit trajet fistuleux.

Le résultat est des plus satisfaisants, ainsi qu'on peut s'en assurer sur le malade lui-même. Le bras raccourci de 7 centimètres est peu atrophié ; le coude et l'épaule ont toute la liberté de leurs mouvements et la force de flexion et d'extension du coude est presque égale à celle du côté opposé.

Ce procédé présente donc l'avantage d'une guérison durable, il donne au membre une solidité égale à sa résistance primitive au prix d'un raccourcissement moindre que celui que laisse la résection ; or, ce résultat n'est pas à dédaigner, car on sait que l'impotence des muscles est proportionnelle à leur longueur, c'est-à-dire avec le degré de raccourcissement du membre.

M. Lédé lit un travail sur la protection de l'enfance, en s'attachant surtout à la comptabilité des existences infantiles et à la statistique.

La séance est levée à quatre heures.

COURRIER

Dispensaire Furtado-Heine. — Le 11 août on fêtait le 10e anniversaire de la fondation de cet établissement. Les résultats obtenus méritent d'être connus.

Le dispensaire comprend des services de médecine, de chirurgie et d'orthopédie, des maladies des yeux, des maladies des oreilles, du nez et de la gorge, et des maladies des dents. Les médicaments, les bains, les appareils, sont donnés gratuitement aux jeunes malades. Quelques-uns d'entre eux sont même admis au régime alimentaire.

Pendant ces dix années, le dispensaire a donné : 219,476 consultations de médecine; 120,000 consultations de chirurgie; 71,975 consultations pour maladies des yeux; 24,587 consultations pour maladies des oreilles, du nez et de la gorge; 20,077 consultations pour maladies des dents.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. FOURNIER : Diagnostic du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux. II. Feuilleton. — III. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — IV. Formulaire d'hygiène.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER

Diagnostic du phagédénisme syphilitique et du phagédénisme scrofuleux

(*Suite et fin.*)

3° Symptômes concomitants : Ceci n'est qu'une éventualité, mais une éventualité possible, qui, le cas échéant, fournit au diagnostic la plus utile lumière.

Supposez, en effet, qu'une lésion phagédénique de physionomie douteuse existe avec tel ou tel accident de nature franchement scrofuleuse ou syphilitique ; cette coïncidence vous met aussitôt sur la voie du diagnostic, et révèle la nature syphilitique ou scrofuleuse de ce phagédénisme, si la lésion contemporaine est de nature syphilitique ou scrofuleuse.

Pourquoi ? Le bon sens l'indique et la clinique, l'expérience le confirment. C'est que, comme règle générale, deux lésions coexistant sur le même sujet, il y a bien plus de probabilités pour que ces deux lésions dérivent d'une seule et même diathèse que de deux diathèses. Cela va de soi, cela ne souffre pas l'ombre d'un doute. Sans doute, rigoureusement, il se peut que l'inverse ait lieu et qu'une lésion syphilitique coexiste sur un même malade avec une lésion scrofuleuse, ou réciproquement ; mais cela n'est que l'exception, la rare exception par rapport à la règle. Or, assez nombreux encore se présentent les cas où une semblable coïncidence peut servir à éclairer le diagnostic. Vous venez d'en avoir deux exemples sous les yeux récemment dans le service.

Exemple : Cette femme de Saint-Thomas, n° 2, qui présente sur les bras

(1) Voir l'*Union médicale* du 21 août.

FEUILLETON

Les médecins grecs à Rome

J'ai lu avec infiniment de plaisir le livre de Maurice Albert : *Les médecins grecs à Rome*. C'est une œuvre délicate de dilettante érudit où on se demande lequel l'emporte du fond ou de la forme, de l'intérêt du récit ou du charme élégant du style, de la valeur historique de l'œuvre ou de la spirituelle et saine bonne humeur qui s'en dégage de la première à la dernière ligne. Cela demande à être lu à petits coups, comme on déguste un bon vin, sans se presser, en prenant le temps de humer savamment le fin bouquet. Il n'est personne qui, le soir, avant de s'endormir, ne trouve à disposer d'une bonne heure bien tranquille pendant laquelle, soucis et préoccupations du jour étant mis de côté, il puisse siroter quarante ou cinquante pages du joli volume. On l'aura bu ainsi tout entier dans l'espace d'une semaine au bout de laquelle, si on éprouve quelque regret, ce sera seulement d'avoir déjà fini. Il restera aussi le consolant désir d'en recommencer la lecture, car ce livre est, à mon avis, de ceux qui veulent et qui peuvent être relus.

ce lupus phagédénique à marche centrifuge, reproduit sur la pièce que voici : Assurément, le diagnostic pouvait bien rester douteux, et même ce lupus à première vue semblait plutôt, de par ses caractères objectifs, devoir se rattacher à la syphilis qu'à la scrofule. Mais, en même temps, nous trouvions sur le visage de la même malade un lupus scrofuleux typique. Donc, par cela même, le diagnostic était fixé; c'était bien à la scrofule que restait imputable le phagédénisme du bras, comme du reste d'autres signes nous l'ont démontré.

Réciproquement, un de nos malades de Saint-Louis portait à la tête et à la faee de vastes ulcérations phagédéniques qu'on aurait pu aisément prendre pour des accidents scrofuleux ; mais, d'autre part, nous trouvions sur lui une exostose du tibia franchement syphilitique. Cela seul était décisif. Et le traitement spécifique nous a montré par son succès rapide que les deux lésions dérivaient bien d'une seule et même origine, à savoir de la syphilis.

4° Antécédents morbides : La notion des antécédents morbides ne constitue pas seulement un appoint très essentiel au diagnostic ; elle en constitue la base même. C'est assez dire si, en tout état de cause, ces antécédents doivent être soigneusement scrutés, relevés, interrogés.

Qu'apprendront-ils, ou du moins que pourront-ils apprendre ? Ceci : que le malade est un sujet syphilitique, et syphilitique de telle ou telle date ; que le malade est un sujet scrofuleux et qu'il a été éprouvé par des manifestations de scrofule à telle ou telle époque. Dans le premier cas, il y aura toute raison pour rattacher à la syphilis la lésion qu'il porte actuellement, et de même dans le second, il n'y aura pas probabilités moindres pour imputer la lésion actuelle à la scrofule. C'est évident. Mais ici se présentent plusieurs causes d'erreurs qui doivent être mentionnées. Il y en a trois principales :

Possibilité de coexistence des deux diathèses : Rien n'empêche qu'un sujet scrofuleux prenne la syphilis. C'est là un cumul malheureusement trop permis et qui ne laisse pas de se rencontrer fréquemment en pratique.

Je me suis demandé si je ne me laissais pas entraîner au delà d'une juste appréciation par le goût — hélas trop peu cultivé — que j'ai des choses de l'antiquité. Très franchement je ne le crois pas. L'auteur ne m'est point connu. Le livre, le hasard seul l'a mis entre mes mains. Peut-être ai-je été alléché par le titre, car tout ce qui touche à la Grèce ancienne me plaît singulièrement, mais cette prévention favorable et ces dispositions un peu partiales n'auraient pas tenu, croyez-le, contre une lecture maussade ou ennuyeuse. Celle que j'ai faite est tout le contraire de cela. Elle a été pour moi évocatrice d'impressions anciennes reçues sur la terre même des vieux Hellènes ; elle m'a fait revivre en ces lieux où l'antiquité renaît partout, où elle vous enveloppe de toutes parts, effaçant les banalités mièvres et pauvres de l'heure présente sous le mirage d'or, précis comme une réalité, de ses splendeurs, de sa gloire, de ses élégances pleines de charme et de séduction.

Il y a tantôt un quart de siècle, je finissais mes études classiques et franchissais, libre enfin, la porte d'une de ces grandes bâtisses provinciales presque aussi sombres que des prisons et qu'on décore par ironie du nom de lycée. Le soupir de soulagement qui dégonfla ma poitrine ne le céda en franchise et en cordialité à aucun de ceux que poussa le chœur de mes camarades. A cette époque, les grands siècles de l'art et de la

Il se peut donc que la recherche des antécédents vous conduise à trouver sur votre malade les deux diathèses réunies. Dans ce cas, évidemment, la notion des antécédents perd toute valeur au point de vue du diagnostic différentiel.

Possibilité d'une syphilis ignorée, inconnue, même dissimulée : C'est-à-dire que la lésion étant d'origine syphilitique, il est possible que vous ne retrouviez pas la syphilis dans les antécédents du malade ; que le malade dise n'avoir pas eu la syphilis, que vous ne retrouviez sur lui aucun signe, aucun stigmate de l'infection, c'est là l'éternelle histoire de syphilis sans antécédents, et vous savez si elles sont communes les syphilis de ce genre. Elles abondent ici, si communes que nous ne les comptons plus, nous n'y faisons même plus attention. Vous voyez quelle difficulté, quelle source d'erreurs. La lésion est syphilitique, vous la jugez telle et cependant vous ne trouvez rien qui légitime leur possibilité par la lésion d'une origine spécifique.

Possibilité d'une scrofule fixe primitive (c'est-à-dire sans antécédents scrofuleux). Expliquons ce que cela veut dire. Quelquefois, la scrofule, au lieu de suivre sa marche régulière, c'est-à-dire au lieu de procéder étapes par étapes, période par période, pour n'aboutir à sa forme maligne que dans un âge avancé, se localise dans un accident, se fixe en un point, primitivement, s'accuse d'emblée par une lésion grave, non précédée d'autres accidents de forme plus jeune ; à la façon d'une syphilis qui, au lieu de débuter par le chancre et de poursuivre sa carrière par la série des accidents dits secondaires, se manifesterait d'emblée par un accident de forme tertiaire. Il est des scrofules qui, de la sorte, se révèlent de prime abord, sans autres accidents préalables, par une tumeur blanche, une ophthalmie grave, un lupus, un lupus phagédénique. C'est à cette forme de scrofule que Bazin a donné le nom de scrofule fixe primitive.

Eh bien, supposez un cas de ce genre ; supposz un lupus phagédénique non précédé par le moindre accès de scrofule Que devient ici la recherche des antécédents? Que fournit-elle ? Rien, évidemment. Encore une difficulté

---

littérature grecs ne m'apparaissaient que comme d'ennuyeuses matières à pénibles devoirs, de détestables prétextes à pensums, des sources de difficultés et des causes redoutables d'échecs aux examens. Peu de mois après, l'occasion s'offrit pour moi d'un voyage à Athènes et ce fut mon chemin de Damas ; j'en revins converti. Le navire où « j'avais mis mon sac », comme disent les marins, avait doublé, le soir, le cap Matapan et nous devions arriver le lendemain matin en vue du Pirée. J'avais prié qu'on m'éveillât dès qu'on apercevrait la terre ; je ne voulais rien manquer du panorama qu'offrent les côtes de l'Attique et qu'on m'avait dit très beau... il est admirable !

Le soleil se levait à peine et déjà produisait, à travers l'atmosphère splendidement pure de ces pays, de magnifiques effets d'éclairement. C'est une des beautés spéciales de la Grèce, et non la moindre, que cette lumière d'une limpidité et d'une douceur incroyables qui donne à tout ce qu'elle caresse un éclat de couleurs inouï et à tous les contours une netteté de silhouettes Devant nous, à l'horizon d'un bleu encore sombre, une ligne dentelée, basse et d'un bleu éclatant, était le port du Pirée. Derrière lui se détachaient sur le ciel, avec toutes les nuances du violet et du rose, suivant leur éloignement, les masses aux courbes gracieuses des montagnes dont on me disait les noms très doux. C'était l'Hymète, c'était le Parnès et le Pentélique aux entrailles de marbre.

avec laquelle il faut compter. Encore une difficulté à ajouter à toutes les précédentes. Mais que voulez-vous ? Si le sujet que nous traitons était des plus simples, nous n'aurions que faire d'y insister ainsi. C'est précisément parce qu'il abonde en obstacles, en embarras en surprises, en difficultés de tout genre, que nous nous attachons à le discuter, à le fouiller sur toutes ses faces. Il faut voir les choses comme elles sont, comme elles se présentent en pratique. Et c'est là précisément ce que je m'efforce de vous montrer, pour vous éclairer sur un embarras qui se dresserait sur votre route et vous aider, dans la mesure de nos forces, à le surmonter.

Donc, en résumé, la recherche des antécédents constitue la base même du diagnostic et fournit au diagnostic les plus utiles lumières. Mais elle présente diverses causes d'erreur ou d'embarras que je viens de signaler, et dont il importe d'être prévenu pour ne pas s'égarer dans une fausse voie et aboutir à une erreur. Voilà le fait.

5° Examen de la personnalité du malade. Ce chapitre comporte deux ordres d'éléments : l'âge du malade, puis les notions fournies par sa constitution, son tempérament, sa personnalité.

Age : La considération d'âge est capitale en l'espèce. A ce point qu'elle suffit parfois à elle seule pour faire le diagnostic, pour l'établir sur une base absolument sûre ; souvent, d'ailleurs, elle reste seule pour constituer le diagnostic, avant l'intervention du traitement. Et, en effet, une opposition, majeure, saisissante, se présente ici.

Le phagédénisme scrofuleux est presque exclusivement une affection de l'enfance ou de la jeunesse, dont le maximum de fréquence se place entre 15-25 ans. Le phagédénisme térébrant, inversement, est une affection d'un âge plus avancé. Et cela se conçoit. Pour aboutir à un phagédénisme térébrant, il faut d'abord (réserve faite, bien entendu, pour le cas de syphilis héréditaire) que le malade ait atteint l'âge, où, d'habitude, l'on contracte la vérole ; et il faut, de plus (réserve faite encore pour les cas de syphilis galopante, à accidents malins prématurés), que cette vérole ait eu le temps de vieillir chez lui, pour en arriver à la période tertiaire.

Plus près, c'était le Lycabète et là enfin, un peu à droite, se projetant en bleu noir sur les teintes adoucies du fond, c'était l'Acropole avec le profil ajouré du Parthénon qui s'enlevait comme une découpure sur un transparent. Je ne sais rien au monde qui soit beau comme cela. Ce fut un enthousiasme ; et ce fut du délire quand, descendu à terre et transporté à Athènes par le petit chemin de fer de 7 kilomètres de long qui relie le port à la ville (c'est le seul qui existait alors en Grèce), je pus parcourir les ruines sublimes. Je me souviens, sans avoir encore pu la trouver ridicule, de la fierté d'enfant avec laquelle je constatais que je pouvais lire et traduire les enseignes des magasins écrites en majuscules grecques toutes pareilles à celles qui forment l'entête des colonnes de dictionnaires ; l'orgueil que j'eus d'avoir pu comprendre, à peu près, un « premier Athènes » dans le journal du jour et la joie — la joie folle — que ce fut de sentir se réveiller ma mémoire et de réciter, pour moi seul sur le Pnyx, un long passage de la première Philippique ; sur les gradins du théâtre de Bacchus le grand discours où Philoctète, dans la tragédie de Sophocle, conjure Ulysse de le ramener dans sa patrie. « πρὸς νῦν σὲ πατρὸς, πρὸς τε μητρὸς ὦ τέκνον... .. »

J'ai revu Athènes à plusieurs reprises depuis ce temps-là, et si je n'y ai pas retrouvé cette excessive et un peu puérile vivacité d'impressions, privilège de la seule jeunesse

Donc, très généralement, le phagédénisme térébrant ne s'observe que dans un certain âge, au delà de cet âge que nous venons de fixer comme le maximum usuel de fréquence du phagédénisme scrofuleux.

Appliquons cela maintenant à la clinique : Un phagédénisme se présente sur un tout jeune sujet, adolescent, enfant. C'est la scrofule qui tout naturellement se trouve indiquée comme cause. Un phagédénisme se présente sur un sujet adulte de 30, 35, 40 ans. C'est la syphilis qui se trouve indiquée comme cause, rendue plus que probable par ce fait seul. L'âge seul constitue donc une présomption, une présomption rationnelle, pour ou contre la syphilis, pour ou contre la scrofule suivant les cas. Répétons bien ce mot de présomption ; car l'âge ne fournit que cela, rien de plus. Il rend probable l'origine syphilitique ou scrofuleuse des accidents, mais il ne fait rien de plus ; et cela pour deux raisons ; C'est que, d'une part, le phagédénisme syphilitique peut se produire sur des sujets jeunes encore, soit comme produit d'une infection héréditaire, soit comme produit d'une syphilis contractée dans un âge précoce ; c'est que, d'autre part, la scrofule a parfois des manifestations tardives jusque dans la vieillesse, ainsi que nous l'avons établi vendredi dernier.

Notions tirées de la constitution, du tempérament. — Peuvent fournir d'utiles renseignements ; non pas, bien entendu, en ce qui concerne la syphilis, laquelle, maladie tout accidentelle, n'a pas de constitution propre, de tempérament qui lui appartienne en propre ; mais relativement à la scrofule, laquelle, maladie essentiellement constitutionnelle, a sa constitution, son tempérament, par conséquent son facies, son habitus, son expression extérieure.

Si donc on trouve sur le malade les attributs de la scrofule, à savoir : Cet habitus à chaires blanches et molles, ce visage à lèvres épaisses et renversées, à peau fine, à coloration rosée, avec cette fraîcheur de teint qui constitue ce qu'on appelle la beauté scrofuleuse ; un défaut d'harmonie notable entre les diverses parties du corps ; ces mains froides, glacées, à suffusion rouge bleutée persistante, les engelures, cette tendance si connue aux

---

j'y ai retrouvé du moins, plus grand chaque fois et plus grave, plus recueilli et plus épuré le sentiment d'une admiration sans bornes pour le génie d'un peuple qui fut le premier de tous par les arts, par les lettres et par les sciences.

Le livre de Maurice Albert a bien mis en lumière ce dernier côté, le moins connu, du caractère grec. La médecine était alors — elle l'est toujours — la plus belle des sciences ; mais, en outre, elle les résumait toutes et si tous les médecins, dans le sens proportionnel du mot, n'étaient pas des savants, tous les savants étaient des médecins. Cela joint à l'importance des services rendus par les hommes qui s'adonnent à l'art de guérir, aux qualités de l'esprit et du cœur que font naître et que développent l'étude et la pratique de la médecine explique la situation sûre d'abord, puis prépondérante prise par les médecins grecs qui, à la suite et à l'exemple d'Archagatos, viennent s'établir à Rome et y détiennent le sceptre de l'enseignement et de la pratique, depuis l'an 535 de la fondation de la ville (219 av. J.-C.) jusqu'au V[e] siècle de l'ère chrétienne.

Les Romains, au temps d'Archagatos, étaient déjà de fiers conquérants mais à peu près sauvages. La médecine leur était inconnue, à bien dire. Les chefs de famille soignaient eux-mêmes leur *gens*, bêtes et hommes, à l'aide de quelques recettes vulgaires et parfois grotesques dont le vieux Caton dans son *de re rusticâ* nous a laissé de

engorgements ganglionnaires, etc. ; pour toutes ces causes on aura de fortes raisons de croire que la scrofule a pu servir d'origine à la lésion dont il s'agit de déterminer la nature ; comme, inversement, l'absence de ces signes constituera une présomption rationnelle contre la scrofule.

Ici, se termine, Messieurs, la revue des divers éléments d'ordre clinique qui peuvent concourir au diagnostic que nous poursuivons. Cette revue, à coup sûr, nous a fourni des signes nombreux et d'ordres divers. Grâce à ces éléments séméiologiques, le diagnostic de la lésion peut être posé et sûrement, nettement, scientifiquement posé dans la plupart des cas ; mettons pour fixer une moyenne très approximative assurément dans les 4/5 des cas.

Mais, en dépit de cette richesse d'éléments séméiologiques, reste toujours un certain nombre de cas (1/5 environ), dans lesquels le diagnostic ne peut être institué, dans lesquels on ne peut établir que des présomptions sur la nature de la lésion, dans lesquels, en un mot, il devient impossible de juger le débat entre la syphilis et la scrofule.

Et cela pour une raison qu'à l'avance vous avez comprise : parce que les signes dont nous venons de parler restent insuffisants ou font défaut ; parce que, pour venir au détail, les signes objectifs n'ont pas de signification précise ; parce qu'il n'y rien ou peu de chose à tirer de l'évolution, des symptômes concomitants, des antécédents morbides, de la constitution, etc.

Dans les cas de cet ordre, évidemment, le médecin est conduit à une impasse. Successivement, il a passé en revue tous les signes qui lui permettaient d'établir son jugement ; il est à bout de son arsenal séméiologique, il a tout épuisé ce que lui fournit la science, et il n'a abouti à rien. Que va-t-il faire en pareille occurrence ? Quelle indication se présente à remplir?

Et bien, même dans cette situation pour ainsi dire *in extremis*, il lui reste encore une ressource, une ressource qui peut éclairer son diagnostic et qui se présente comme le salut du malade, tout au moins comme l'indication urgente à remplir en pareil cas. Cette ressource, c'est ce qu'on appelle l'épreuve thérapeutique, c'est-à-dire l'administration du traitement

---

curieux échantillons. Le chou était la base de cette thérapeutique plus que primitive. Ses propriétés variaient sans doute suivant la préparation qu'on lui faisait subir. On l'employait cru, cuit, bouilli, infusé, macéré, confit, pour des maladies ni moins nombreuses ni moins disparates que celles où sont souveraines aujourd'hui quelques panacées de quatrième page. Quand le chou se montrait insuffisant — cela lui arrivait souvent devant des luxations ou des fractures, — on relevait son efficacité chancelante par des paroles magiques dans le genre de celles-ci : *Daries dardaries astataries dissunapiter.*

Il est facile de comprendre que des hommes éclairés, instruits, exercés venant apporter les bienfaits de leur art à un peuple aussi dépourvu de ressources médicales et chirurgicales qu'on l'était alors dans le Latium, devaient être promptement adoptés par l'affection et la reconnaissance publiques. En vain, quelques esprits farouches de patriciens, comme Caton, s'élèveront contre cette intrusion. « Eh quoi ! s'écrieront-ils, ce n'est pas assez qu'avec leur art et leur littérature les Grecs aient corrompu nos mœurs et empoisonné nos âmes ! Voici maintenant que cette race intraitable et vicieuse s'en prend à nos vies même et veut empoisonner nos corps. » Mais, si les Romains riches s'abstinrent longtemps de se confier aux médecins grecs, il n'en fut pas de même des pauvres, des petites gens, des ignorants. Ceux-là accoururent en foule aux officines,

spécifique de la syphilis, l'administration de ce traitement à titre de criterium, de pierre de touche, pour tâter la lésion comme on dit, et juger de la nature d'après les effets produits sur elle par les agents antisyphilitiques.

De deux choses l'une, en effet : ou bien ce traitement exercera sur la lésion une action curative manifeste, quelquefois doublement significative et par son résultat heureux et par la rapidité de ce résultat ; ou bien ce traitement n'exercera sur elle aucun effet favorable.

Dans le premier cas, on sera autorisé à juger la lésion de nature syphilitique, car il n'est que la syphilis sur laquelle le traitement antisyphilitique exerce une action de ce genre ; dans le second, on sera conduit à mettre la syphilis hors de cause, et à rejeter sur la scrofule l'origine des accidents. Loin de moi, assurément, l'idée de prétendre que toujours, en tout cas possible, le traitement spécifique doive exercer une action curative sur la syphilis. Il est des lésions syphilitiques rebelles, réfractaires au traitement spécifique, nous ne le savons que trop. Mais je laisse de côté ici les exceptions, qui sont très rares ; et, parlant au point de vue de la généralité des cas, je dis simplement que si, après une administration suffisante et longtemps prolongée du traitement spécifique, une lésion phagédénique n'a éprouvé aucun bénéfice de ce traitement, il y a les plus grandes probabilités, il y a une quasi-certitude que cette lésion n'est pas d'essence syphilitique.

Telle est l'épreuve thérapeutique, tels en sont les enseignements ; enseignements essentiellement diagnostiques, révélateurs par excellence, puisque, dans un cas, ils attestent la syphilis et que, dans l'autre, ils l'écartent comme origine de la lésion.

Or, c'est à cette épreuve qu'il conviendra de recourir dans tous les cas douteux, et même non seulement dans les cas absolument douteux, mais dans tous les cas où, en dépit de quelques signes paraissant bien attester la scrofule, il pourra rester la moindre incertitude sur la nature de la lésion, dans tous les cas où la plus légère arrière-pensée pourra subsister.

Tenter l'épreuve thérapeutique est une règle absolue en pareille occur-

---

aux *Medicinæ*, analogues des 'Ιατρεία de l'Hellade ; or, c'est eux, en réalité, qui sont la masse et qui font les succès populaires. Aussi, pourra-t-on chasser de Rome les philosophes, on n'en chassera pas les médecins. Caton, leur ennemi déclaré et irréductible, était mort depuis quelques années à peine que déjà florissait dans la grande ville, aimé, respecté, recherché de tous, un des hommes les plus remarquables, une des figures les plus grandes et les plus sympathiques à la fois de la médecine antique, Asclépiades de Bithynie, dont la gloire, avec celles de Dioscorides et de Galien, domine toute l'histoire de notre art pendant les huit siècles où l'Italie fut tributaire de la médecine grecque.

Le premier est avant tout l'homme de la clientèle, le praticien à la mode, doux, serviable, élégant, amusant même, sans, pour cela, sacrifier jamais à sa popularité ni rien de ses principes ni rien de sa dignité. Il est l'ami des personnages les plus illustres de son temps. L. Crassus, Marc Antoine, Cicéron ; il est le favori de Mithridate ; il est jusqu'à un certain point le maître d'un de ses contemporains, Lucrèce, qui devait jeter tant d'éclat sur les lettres et sur la philosophie latine et qui a traduit en si beaux vers non seulement la théorie d'Epicure, dont il est le disciple, mais encore la doctrine médicale d'Asclépiades. Et il l'a fait avec une telle netteté, une telle précision de détails, une telle propriété d'expressions qu'il n'est pas douteux qu'il ait entendu de la bouche

rence ; c'est une indication qui s'impose, même, dirai-je, une sorte de devoir professionnel ; car, ne perdons jamais de vue cette grande vérité, ce fait majeur sur lequel j'ai déjà bien des fois appelé votre attention, et sur lequel je ne crains pas encore de revenir en terminant, à savoir : qu'une étroite relation symptomatologique réunit souvent les lésions phagédéniques d'ordre syphilitique et d'ordre scrofuleux ; que ces lésions affectent parfois une analogie de caractères objectifs qui s'élève jusqu'à l'identité ; que les maîtres les plus experts, les plus compétents ont confessé cent fois, avec une probité scientifique qui les honore, leur impuissance à différencier ces lésions ; et qu'en somme, avec quelque certitude apparente qui semble se présenter le diagnostic en certains cas, on n'est pas toujours à l'abri d'une erreur possible dans un cas particulier.

Aussi pour toutes ces raisons, l'épreuve thérapeutique est-elle tentée et doit-elle être tentée dans un très grand nombre de cas, en vue de ne laisser perdre aucune chance de guérison rapide, en vue de se tenir à l'abri d'une erreur à jamais regrettable, en vue de ne rien laisser échapper qui puisse être utile au malade.

D'ailleurs, Messieurs, notez-le bien, que peut-il arriver de cette épreuve thérapeutique, et quelles raisons s'opposeraient à la mettre en œuvre ? D'une part elle ne peut être qu'inoffensive. Conduite avec méthode, avec circonspection, avec prudence (comme elle doit l'être, cela va sans dire), cette médication d'essai, d'aventure, ne saurait nuire aux malades. Qui a jamais prétendu que l'iodure de potassium soit nuisible aux scrofuleux ? Et quant au mercure, si même on était forcé de le faire intervenir (ce qui n'est que rarement indiqué), lui non plus ne serait pas nuisible, dans les conditions de courte durée et d'administration circonspecte qui sont de rigueur ici.

En second lieu, tombant juste, c'est-à-dire tombant sur une lésion d'ordre syphilitique, ce traitement ne peut avoir que les plus heureux résultats.

En troisième lieu, elle ne peut être que bénéficiable au malade par la révélation qu'elle fera sur le mal.

---

même de son maître l'exposition de ses théories et de leurs applications au fonctionnement de l'organisme humain. La science profonde du poète, ses connaissances si exactes en physiologie que la description de la digestion et de la nutrition ont paru à quelques savants tout à fait extraordinaires, s'expliqueraient ainsi très aisément.

Tout différent fut Dioscoride que Rome attira moins par l'espoir de la fortune et des honneurs que par les moyens qu'elle lui offrait de poursuivre ses études et ses recherches de naturaliste. L'étude que lui consacre l'auteur est une des parties les plus attrayantes et les plus vivantes de ce livre où tout est vie et attrait. Dioscorides est à la fois le médecin militaire, le médecin colonial et l'explorateur scientifique. A la suite des armées romaines, il parcourt commodément l'Italie, la Gaule, l'Espagne, amassant une riche collection de plantes et un trésor précieux d'observations. Il interroge, il recherche, il expérimente, il passe tout au crible de sa soigneuse et sagace critique. A chaque instant il rappelle dans ses livres qu'il n'avance rien qu'il n'ait vérifié lui-même. Il contredit, sans ambages, les auteurs qui ont énoncé des affirmations risquées et sans preuves : « C'est faux, dit-il, l'expérience me l'a prouvé. » Et la masse de documents ainsi recueillis par lui est considérable ; les minéraux y figurent comme les végétaux ; les

A tous égards, donc, l'indication d'un traitement spécifique expérimental s'impose en l'espèce. C'est dans cette voie salutaire qu'il convient de s'engager. C'est là, en tout cas, la ressource ultime dont nous disposons pour établir le diagnostic, alors que les éléments cliniques nous font défaut.

Telles sont, Messieurs, les considérations que je tenais à vous présenter sur le diagnostic différentiel des ulcérations syphilitiques et scrofuleuses. Sans doute, elles ont pu être longues, ardues, mais n'oubliez pas qu'elles ont trait à un sujet des plus importants, des plus délicats, des plus difficiles ; et vous me pardonnerez alors les développements que j'ai cru devoir leur accorder ici en raison de l'utilité qu'elles peuvent avoir pour pratique.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Clermont-Ferrand du 6 au 9 août 1894

—

(Suite)

Des névrites périphériques

M. Babinsky. Les névrites périphériques sont des altérations nerveuses indépendantes d'une lésion des centres et qui ont soit une origine externe, soit une origine interne. Ces dernières dont s'occupe exclusivement M. Babinsky, relèvent d'une altération dyscrasique du sang ou de l'action d'un agent toxique. Un très grand nombre d'entre elles ne sont pas sûrement indépendantes d'une altération des centres et ce n'est guère que pour la névrite lépreuse que l'on peut affirmer cette indépendance. En réalité, un grand nombre de névrites dites périphériques ont leur origine dans une altération légère, peut-être même parfois simplement dynamique, des centres. On peut penser encore qu'un même agent, frappant à la fois la cellule nerveuse et son prolongement axile, ce dernier, plus vulnérable, présente seul des modifications histologiques. Du reste, il est assez fréquent de trouver dans la moelle de malades ayant présenté pendant la vie des phénomènes attribuables à des névrites périphériques des lésions bien nettes. Cependant, il

---

remèdes, les parfums, les couleurs pour les peintres, l'encre pour les écrivains, les ingrédients à employer par les foulons et les teinturiers, rien ne lui est étranger.

Galien, dont la fortune fut plus grande et la gloire plus vaste, est moins sympathique que Dioscoride et qu'Asclépiade. Ce n'est point seulement la qualité très inférieure de son courage professionnel qui jette un discrédit sur cette figure (on sait comment il s'enfuit, à deux reprises, devant l'émeute et devant l'épidémie), mais c'est aussi un phraseur, un homme à paradoxes, un orgueilleux, un éternel censeur, presque un mauvais confrère. On souscrit volontiers, en fin de compte, au jugement de Maurice Albert, qui ne le classe qu'après Asclépiades. Déjà, il y a un siècle et demi, à une époque où il y avait presque de la témérité à parler ainsi, Th. Bordeu avait osé dire qu'il doutait que Galien eût été plus grand que son devancier. « Je pense, ajoutait-il, que la manière d'Asclépiade durera encore lorsque Galien sera connu comme ces anciens conquérants qui ont donné occasion à mille meurtres. »

Autour de ces trois hommes gravite tout un peuple d'autres médecins. Chefs d'écoles ou de sectes, simples praticiens, médecins d'empereurs et de cour, tous sont étudiés et défilent devant le lecteur en un récit dont le sérieux et la méthode sont loin d'exclure le pittoresque et le coloris.

ne faut pas oublier que des lésions périphériques des nerfs peuvent provoquer des altérations de la moelle. Il est probable que la névrite saturnine, qui n'atteint guère que les filets moteurs, n'est pas réellement une névrite périphérique ; la paralysie frappe des groupes musculaires synergiques et c'est là un argument de plus en faveur de l'origine centrale. De même les lésions du nerf optique que l'on range parmi les névrites périphériques n'en sont pas, car le nerf fait partie du système nerveux central. Le terme « névrite périphérique » signifie que les lésions que nous pouvons constater actuellement n'existent que dans les nerfs périphériqbes et y sont plus accusées que dans le système nerveux central, mais cela n'implique pas que ce dernier soit indemne même quand on n'y trouve aucune altération. Des modifications de nature dynamique sont certainement causées par les agents qui entraînent le développement des névrites périphériques.

M. Babinsky a aussi étudié les relations qui existent entre les *névrites périphériques et le tabes*. Les lésions de l'ataxie locomotrice sont bien nettes : sclérose des cordons postérieurs, dégénérescence des racines postérieures, altérations de la substance grise de la moelle et du bulbe, atrophie des nerfs optiques, névrites, etc.

La plupart admettent que c'est la sclérose des cordons postérieurs qui est la lésion primitive. Cependant on a dit aussi qu'elle était secondaire à l'altération des racines, opinion que M. Babinsky considère comme étant contraire à la vérité, la sclérose pouvant exister seule et ayant un processus anatomique propre. Il est certain cependant que, dans les cordons postérieurs, ce sont surtout les fibres radiculaires qui dégénèrent et que leurs centres trophiques, c'est-à-dire les ganglions spinaux, ne présentent presque jamais de lésions. On peut attribuer les altérations périphériques des fibres motrices à une modification dynamique des cellules motrices de la moelle et du bulbe qui en sont l'origine ; il est encore établi qu'il y a quelquefois des altérations constatables microscopiquement de ces cellules.

Cette hypothèse établit une relation étroite entre les altérations périphériques et les altérations centrales du système moteur et il est possible que la dégénération du nerf optique dépende d'une altération de son centre trophique.

D'après cette conception, l'agent du tabès exercerait d'abord une action pathogène sur certains centres cellulaires en y produisant des modifications dynamiques ou des

---

De cet ensemble, une idée réconfortante et élevée se dégage qui est comme la morale de l'œuvre entière. On acquiert cette conviction, ou on s'y confirme, que dans ces temps reculés aussi bien qu'aujourd'hui, les médecins constituaient, à tous les points de vue, une sorte d'élite de l'intelligence et du cœur ; qu'ils ont toujours joui d'une somme plus qu'honorable de considération et d'estime ; qu'ils ont été partout à la tête du progrès. Rien ne prouve mieux la valeur et l'importance des services qu'ils savent rendre à l'humanité que ce fait social et surprenant : des étrangers, et quels étrangers ! les plus honnis, les plus détestés de tous, des Grecs, s'imposant à la confiance et à la faveur d'en peuple rude et dur entre tous, rebelle aux influences extérieures, jaloux jusqu'à la érocité de ses vieilles coutumes et de ses vieilles vertus ; des Grecs accaparant pendant huit siècles le monopole d'une science et d'un art vénérés qui ont leurs temples, leurs prêtres et leurs dieux, et, triomphant de tout cela ; accaparant le monopole d'une profession éminemment lucrative par laquelle on arrivait (alors) rapidement à la fortune et aux honneurs.

Certes, il y eut, sous les empereurs, sous Tibère, sous Claude, sous Néron, des médecins dont l'honnêteté fléchit dans ce milieu de scélératesse et de corruption ; il y eut des débauchés et des criminels, mais ce furent des exceptions. Si les autres n'atteignirent

modifications organiques dont les altérations des fibres des nerfs et de la moelle ne seraient que la conséquence.

Une opinion toute différente a été émise. On a supposé que les altérations des nerfs étaient primitives et que les lésions cellulaires que l'on observe parfois n'en étaient que la conséquence et se développaient par le mécanisme de la névrite ascendante. M. Babinsky ne croit pas à la réalité de ce mécanisme. Jusqu'à présent il n'y a pas une seule observation de névrite d'origine externe ayant donné naissance aux lésions du tabès.

— Pour M. Pierret, le tabès n'est pas plus une lésion exclusive du système nerveux central que du système nerveux périphérique, tout le système nerveux est atteint à la fois. Les phénomènes douloureux sensitifs et sensoriels dont souffrent les tabétiques, finissent par retentir sur leur intelligence et par provoquer l'apparition, chez eux, de délires à forme lypémaniaque ou à forme de délire de la persécution.

— M. Renout considère qu'un filament nerveux peut parfaitement présenter des processus autonomes, surtout si l'on se rapproche de ses terminaisons. L'action à distance d'une cellule ganglionnaire n'est donc nullement nécessaire pour expliquer des altérations nerveuses. La névrite périphérique a donc une individualité certaine. M. Renout insiste sur l'existence, chez les vieux animaux, d'une périnévrite spéciale à formations hyalines ; des lésions du même genre existeraient dans la dyscrasie strumiprive.

— M. Pitres distingue trois grandes catégories d'altérations périphériques des nerfs :

1° Névrites de causes locales : à frigore, traumatisme, tumeur, microbiques, ou présence de l'élément vivant (lèpre);

2° Névrites de causes générales : toxiques (plomb, alcool, etc.), infectieuses (diphtérie, typhus, etc.);

3° Névrites d'origine centrale : lésion de la moelle ou du cerveau.

Les névrites du premier et du deuxième groupe sont primitives dans le plus grand nombre des cas,

— M. Régis décrit les troubles mentaux qui accompagnent les polynévrites. Il s'agit surtout de la *confusion mentale* avec perte de la mémoire successive, surtout pour les faits actuels. Cette psychose, dite polynévritique, est tout uniquement une psychose infectieuse qui dépend de la même cause que la polynévrite, d'une intoxication ou d'une infection et peut se montrer en dehors d'elle.

---

pas tous l'idéal défini par Hippocrate, ils essayèrent du moins de s'en approcher. Cet idéal, conclut l'auteur, ce n'est pas l'antiquité, c'est notre siècle qui nous le donne. Et ici, je voudrais pouvoir citer tout entières les deux dernières pages du livre, si noblement pensées et si éloquemment écrites. N'est-ce point une belle réponse à des attaques récentes que ces lignes : Chez les médecins, « le dévouement semble si naturel qu'on serait tenté d'y voir, non une habitude acquise aux prix d'efforts voulus et constants, mais une grâce d'Etat reçue dès l'entrée dans la carrière. Quel simplicité dans l'accomplissement des plus pénibles devoirs ! Quels silencieux héroïsmes, quels sacrifices obscurs recèlent nos salles d'hôpitaux ! Que de jeunes hommes, externes et et internes y risquent leur vie à toute heure, et parfois la perdent, noblement, sans phrases, gaiement, comme si tous leurs efforts, toutes leurs études, tous les espoirs de leurs plus belles années devaient aboutir à cette catastrophe !..... Et, maintenant, je le demande, j'en appelle à ceux qui ont ont été guéris ou soulagés, à ceux-là surtout qui ont vu guérir ou soulager des êtres chers ; quelle tâche plus élevée, plus touchante, plus humaine que celle du médecin ? Il est à la fois celui qui sait, celui qui veut, celui qui agit. Il soulage presque toujours, il guérit souvent, parfois il sauve. En lui nous trouvons non seulement le bienfaiteur de nos corps, mais aussi un consolateur, un ami. »

FORMULAIRE D'HYGIÈNE

Moyens de prévenir la cécité chez les nouveau-nés

Il y a en France 40.000 aveugles, dont 18.000 doivent leur infirmité à l'ophthalmie des nouveau-nés. Cette redoutable maladie peut être prévenue et guérie. C'est pour arriver à ce résultat, qu'elle a été rangée au nombre des maladies dont la déclara'ion est obligatoire par le médecin, ainsi que le ministre de l'Intérieur vient de le rappeler tout récemment.

L'Académie de médecine, sur sa prière, a, depuis six mois déjà rédigé sur ce sujet, des instructions dont le texte lui a été soumis par M. Charpentier, au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance et que nous allons résumer.

1° Soins que doit prendre la mère

Toute femme, *même bien portante*, qui va devenir mère doit, lorsque le terme approche, faire chaque jour une injection vaginale et un lavage extérieur, avec de l'eau boriquée. Lorsqu'elle est sujette à des pertes blanches, elle doit consulter son médecin.

2° Soins à donner à l'enfant

Aussitôt après la naissance et avant tout lavage, il faut nettoyer soigneusement le bord des paupières et tout leur voisinage, enlever toutes les mucosités, par un lavage à l'eau boriquée, au moyen de petits tampons d'ouate bien propre ; essuyer ensuite avec de l'ouate propre et sèche. A chaque toilette de l'enfant, on commencera par les yeux toujours avec de l'eau boriquée. Les mains de la personne chargée de ces soins doivent être savonnées, lavées et essuyées, avec un linge propre, avant de toucher l'enfant. Tout ce qui approche des yeux de l'enfant doit être absolument propre. L'ouate qui a servi pour les yeux doit être brûlée à chaque fois. L'eau, les linges, éponges ou tampons qui ont servi à la mère ne doivent, sous aucun prétexte approcher de l'enfant.

L'air de la chambre sera tenu aussi pur que possible. On n'y fera jamais sécher aucun linge.

3° Ce qu'il faut faire quand la maladie est déclarée

Lorsque les paupières rougissent, enflent, sont collées par leurs bords pendant le sommeil, et que les pleurs sont mélangés d'humeur, il faut courir à l'oculiste, au médecin ; chaque heure de retard augmente le danger. En attendant, il faut : toutes les demi-heures, nettoyer les yeux avec des tampons d'ouate et de l'eau tiède boriquée ; bien ouvrir les paupières et faire couler l'eau sur l'œil lui-même pour entraîner toute l'humeur. On se lavera les mains avant de faire ce lavage et après l'avoir fait L'ouate qui y aura servi sera brûlée sur-le-champ.

Il ne faut ni embrasser l'enfant, ni se servir de quoi que ce soit qui ait été employé pour ses yeux et son visage.

Tout l'entourage doit être informé du danger qu'il court de contracter la maladie. Il ne faut pas écouter les personnes qui disent que ce n'est rien et qu'il n'y a qu'à laver les yeux de l'enfant avec le lait de la mère. Ces conseils sont nuisibles et font perdre un temps précieux, en retardant l'emploi des moyens qui peuvent sauver la vue de l'enfant.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène des écoles (suite). — II. Association française pour l'avancemen des sciences. — III. Bazy : Du pouvoir absorbant de la vessie. — IV. Courrier.

HYGIÈNE DES ÉCOLES

(*Suite*) (1)

II. — *Mobilier scolaire.* — La partie la plus importante de l'ameublement dans les écoles est représentée par les tables et les bancs occupés par les élèves pendant six heures chaque jour.

1° *Tables-bancs.* — Leur disposition, quand elle est défectueuse, peut déterminer des déformations scolaires et contribuer au développement de la myopie ; aussi s'en est on vivement préoccupé, dans les commissions qui ont préparé le travail de réorganisation des écoles. On a depuis longtemps renoncé aux anciennes tables-bancs à 8, 10 et 12 places. L'inégalité considérable de la taille entre les enfants, l'accroissement rapide qu'elle subit avec l'âge et qui varie de 6 à 8 centimètres par an, en moyenne, forcent à en avoir de différentes hauteurs. Aujourd'hui, les tables-bancs sont à deux places. Le règlement du 17 juin 1880 en prévoit quatre types qui peuvent servir à tous les enfants de 1 m. 11 c. à 1 m. 50 c. (2). Elles sont toutes construites d'après les mêmes principes La table est fixe et légèrement inclinée de façon à offrir un plan perpendiculaire au rayon visuel Son bord arrive au niveau du banc qui est muni d'un dossier un peu renversé avec un appui pour les pieds. La distance entre la table et le siège doit être telle que l'élève y soit à l'aise pour lire et pour écrire.

Les enfants ont une tendance fâcheuse à se rapprocher plus qu'il n'est nécessaire de leur livre ou de leur cahier, et cette habitude contribue à développer la myopie chez ceux qui y sont prédisposés. Pour prévenir cet inconvénient, le docteur Perrin a imaginé un *avertisseur automatique* consistant dans un cadre rectangulaire dont la traverse horizontale est à la hauteur du front de l'enfant et l'empêche de trop baisser la tête.

2° *Tableaux pour cartes géographiques.* — Ces objets d'étude et surtout les tableaux noirs sur lesquels se font parfois de longues démonstrations doivent être appliqués contre le mur de la salle qui fait face aux bancs des élèves et jamais la lumière ne doit venir de ce côté.

Les cartes géographiques doivent être à très grands points et ne contenir qu'un petit nombre d'indications qui doivent être en caractères assez gros pour que l'élève puisse les lire facilement à distance. Il en est de même des autres tableaux peints ou imprimés qui tapissent les murs de la classe.

2° *Poêles.* — Le règlement du 17 juin 1880 fait une obligation de chauffer les classes des écoles primaires et des écoles maternelles. Il prescrit d'y maintenir une température de 14 degrés au minimum et de 16 degrés au maximum et d'installer pour cela, dans chaque salle, un poêle pourvu d'un

(1) Voir l'*Union Médicale* du 14 août 1894.

(2) Voir le règlement du 17 juin 1880, n° IV, mobilier, article 90.

réservoir d'eau avec surface d'évaporation. Ce poêle doit être garni d'une double enveloppe métallique ou d'une enveloppe de terre cuite, entouré d'une grille en fer et ne contenir ni four ni chauffe-plats. Le tuyau de fumée ne doit, dans aucun cas, passer au-dessus de la tête des enfants. Il est défendu de placer ceux ci à une distance du poêle moindre de 1^m 25. Les poêles en fonte à feu direct sont interdits.

Le mode de chauffage réglementaire n'est pas le dernier mot de l'hygiène, mais c'est le seul qui soit pratique dans les écoles. On y a substitué des calorifères dans quelques-uns des grands établissements d'institution de Paris, mais ils ne sont pas applicables aux écoles primaires. Les calorifères à air chaud, répandent une chaleur lourde, sèche et malsaine ; Ceux qui fonctionnent à l'aide de l'eau chaude ne peuvent pas se régler à volonté et les calorifères à vapeur, les seules qui se prêtent à un chauffage intermittent comme celui des écoles, nécessitent des installations trop dispendieuses pour qu'on puisse y recourir. Les poêles du modèle prescrit par l'instruction du 17 juin 1880 peuvent suffire ; toutefois, je donnerais, comme M. Bunel, la préférence aux poêles en faïence.

Quel que soit le système adopté, le tuyau de fumée ne doit pas traverser la classe. Il doit être établi dans une gaine de ventilation ; l'air frais doit être pris à l'extérieur, l'air vicié doit être soutiré par des ouvertures pratiquées dans le plancher et conduit à la gaine d'appel.

En appliquant ce principe dans la disposition des appareils de chauffage et en ayant soin d'ouvrir largement les fenêtres, pendant l'absence des élèves, on peut obtenir une ventilation suffisante dans l'hiver ; mais, pendant la chaleur de l'été, et dans les grandes villes où les bruits de la rue ne permettent pas d'ouvrir la partie supérieure des fenêtres pendant les classes, il faut, dans les écoles nombreuses, adopter un système spécial d'aération.

On pourrait, comme en Angleterre, établir dans le plafond des cheminées ventilatrices surmontées d'aspirateur à ailette, ou garnir les fenêtres de vitres perforées, ou placer dans les murs des briques à ouverture conique la base tournée vers l'intérieur.

L'éclairage artificiel n'a pas la même importance dans les écoles que dans les lycées, parce que les enfants ne les fréquentent que pendant le jour. Cependant, dans l'hiver, on n'y voit plus assez clair pour travailler pendant la dernière heure de la classe du soir. Il faut, par conséquent, se pourvoir de lampes à l'huile ou au pétrole, à moins que le gaz ou l'électricité ne soient installés dans l'établissement. Si l'on se sert du gaz, il faut que les becs soient suffisamment éloignés de la tête des élèves pour qu'ils ne puissent pas l'échauffer. Il faut de plus que chaque bec soit ventilé, pour éviter la viciation de l'air et l'élévation de la température. Cette précaution est inutile lorsque la classe est éclairée à l'électricité ; mais il faut alors protéger les yeux des élèves contre son éclat, à l'aide de verres dépolis.

3° *Fourneaux, tables et bancs pour le repas.*—La plupart des enfants qui fréquentent les écoles sont dans l'impossibilité de prendre chez eux leur repas de midi. Les uns habitent trop loin ; les autres ne trouveraient personne à la maison, parce que le père est à l'atelier et la mère en journée ; enfin, dans les quartiers pauvres, il en est beaucoup qui n'ont pour déjeu-

ner qu'un morceau de pain sec à côté de petits camarades qui ont des paniers bien garnis. Cette inégalité a quelque chose de fâcheux. L'administration a dû s'occuper de l'alimentation des élèves à cette heure de la journée. Les instructions ministérielles l'ont prévu. Elles prescrivent d'installer, dans les préaux, des fourneaux pour *préparer* ou *réchauffer* les aliments des écoliers, des tables et des bancs mobiles pour qu'ils prennent leur repas commodément.

A Paris, il y a de plus, dans chaque école ou groupe scolaire, une cantine et une femme chargée de préparer les repas. Tout écolier peut, en échange d'un jeton qui lui est délivré pour dix centimes, recevoir à midi une soupe chaude avec un morceau de viande ou bien un plat de légumes. Il complète son repas avec le pain, le vin et le dessert qu'il a apportés de la maison. Quant aux enfants pauvres qui ne peuvent pas payer le jeton, le directeur le leur donne gratuitement, et c'est la caisse des écoles de l'arrondissement qui en fait les frais. Chaque écolier doit apporter une serviette, une timbale ou un verre. On leur fournit les gamelles et les couverts qui doivent être d'un modèle uniforme. Il leur est accordé vingt-cinq minutes pour faire leur repas (1).

4° *Lavabos*. — La propreté est, dit-on, une vertu; c'est du moins l'une des premières conditions qu'impose le soin de sa santé, l'une des choses qu'il faut enseigner aux élèves des écoles primaires avec le plus de soin parce qu'on ne les y habitue pas chez eux. Il est indispensable de faire à cet égard leur éducation de façon à ce qu'elle soit durable.

Les écoles doivent donc être pourvus de lavabos, en nombre suffisant pour que les enfants ne soient pas obligés d'attendre trop longtemps leur tour. Les instructions ministérielles prescrivent d'en installer dans les préaux des écoles maternelles ; mais ils se bornent à le permettre dans les écoles primaires et pourtant la nécessité en est aussi évidente dans le premier cas que dans le second.

Tous les hygiénistes regrettent leur absence dans les écoles de Paris et, dans cette ville, les écoles maternelles elles-même n'ont que des vasques dans lesquelles les enfants ne peuvent pas se laver.

Il faut absolument combler cette lacune et, au lieu de placer les lavabos dans le préau, les installer dans les couloirs desservant les classes, comme l'a proposé le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, quand il s'est occupé de la question. Il est de plus indispensable que le maître force les enfants à en faire usage. Ils doivent se présenter à l'école dans un état de propreté convenable et l'instituteur doit s'en assurer à leur arrivée. S'ils sont malpropres, il doit les renvoyer à leurs familles, en leur en donnant avis. Chaque enfant doit se laver les mains, après chaque récréation, avant la rentrée en classe (2).

Rappelons enfin ce que nous avons dit dans un autre article (3) de l'avantage considérable qu'il y aurait pour l'hygiène à introduire, dans nos écoles, les bains douches qui fonctionnent dans quelques-unes de celles de

(1) *Bulletin municipal officiel* du 23 mai 1894, p. 1151.

(2) Docteur Blayac. L'inspection hygiénique et médicale des écoles. Rapport d'ensemble. 1888, p. 35.

(3) Article 6 du Règlement adopté par le Conseil municipal dans sa séance du 17 avril 1894.

l'Allemagne. La question est en ce moment à l'étude et un projet de règlement est élaboré par la Commission d'assainissement et de salubrité du département de la Seine (1).

Pour ne rien oublier de ce qui concerne le mobilier scolaire, nous nous bornerons à indiquer 1° Les lits de camp en bois dont les écoles maternelles doivent être pourvues, pour permettre aux petits enfants de s'allonger et de dormir à certaines heures de la journée ; 2° Les outils et ustensiles que doivent fournir les ateliers pour le travail manuel élémentaire que les instructions prescrivent d'installer dans les écoles de garçons, ainsi que les objets nécessaires pour les travaux de couture et de coupe auxquels on doit exercer les élèves dans les écoles de filles.

II. Fonctionnement des écoles. — La tenue des écoles est confiée aux directeurs et aux directrices sous le contrôle du service de l'inspection hygiénique dont nous parlerons plus tard. La propreté des locaux doit être de leur part l'objet d'une sollicitude constante.

1° Nettoyage. — Les classes doivent être balayées après la sortie des enfants et le préau après leur repas. Les fenêtres, les portes et les impostes doivent être ouvertes à moins que la température s'y oppose d'une manière absolue, pendant la durée des récréations et au moins pendant une heure le soir après le départ des élèves (2). Le nettoyage complet de l'établissement tout entier doit se faire une fois par semaine ; il doit comprendre le nettoyage des parquets, des murailles, des vitres, l'essuyage au torchon dur des tables-bancs, et des rampes d'escalier (3).

Les lavages à grande eau doivent être interdits parcequ'ils pénètrent les parquets et introduisent dans les bâtiments une humidité dont il est impossible de les débarrasser ensuite ; mais on peut les nettoyer complètement en y passant une éponge mouillée et en essuyant immédiatement après. Quant au balayage quotidien, il ne faut jamais le faire à sec, afin de ne pas faire voler les poussières; il faut d'abord répandre sur les parquets de la sciure de bois imbibée d'un liquide antiseptique. Les résidus du balayage doivent être recueillis dans un récipient métallique dont le contenu est brûlé ou porté dans le tombereau du service de nettoiement de la voie publique. Le balayage de l'école ne doit jamais se faire pendant la durée des classes (Règlement relatif à la prophylaxie des épidémies dans ses écoles de la ville de Paris, adopté par le Conseil municipal dans la séance du 17 avril 1894, art. 4. — (*Bulletin Municipal officiel* du 23 mai 1894 p. 1151).

Les directeurs et les directrices doivent surtout s'attacher à entretenir une propreté rigoureuse dans les cabinets d'aisance et dans les urinoirs. Cette propreté est difficile à entretenir dans les réunions d'enfants ; mais c'est une raison de plus pour redoubler de vigilance. A cet égard les médecins-inspecteurs doivent se montrer intraitables.

II. Travaux intellectuels. — Les enfants passent dans les écoles primaires de 6 à 8 heures par jour, c'est-à-dire environ le tiers de la journée.

(1) J. Rochard. Les bains-douches dans les écoles (*Union Médicale* 1893, 2e semestre, n° 33, p. 386). — Voir aussi le rapport du docteur Du Mesnil au Conseil municipal de Paris, séance du 16 février 1893.

(2) Règlement relatif à la prophylaxie des épidémies dans les écoles primaires de Paris, article 3.

(3) Blayac, l'inspection médicale et hygiénique des écoles, Paris 1388, p. 20.

Ce temps est partagé en deux classes de trois heures chacune séparées par un intervalle d'une heure pendant lequel a lieu le repas et chaque classe est coupée par une récréation d'un quart d'heure. Les matières de l'enseignement sont distribuées de telle sorte que les exercices qui exigent le plus d'attention aient lieu dans la matinée. Le travail est de plus interrompu par les congés du jeudi et du dimanche, par les jours fériés, les vacances du jour de l'an, de Pâques et les grandes vacances ; tout cela réuni fait presque la moitié de l'année. Il n'y aurait par conséquent pas lieu de redouter le surmenage intellectuel, si les enfants n'avaient plus rien à faire, lorsqu'ils ont quitté l'école ; mais il faut tenir compte des classe supplémentaires et des devoirs à faire à la maison au milieu de toute la famille et dans des conditions d'hygiène déplorables. Le zèle du maitre les pousse a dépasser à cet égard toute mesure et, on n'a pas le courage de les blâmer lorsqu'on jette les yeux sur le programme qu'on leur impose, Ils sont tellement étendus qu'ils en sont ridicules. Ils ont l'air d'un défi porté à l'hygiène par la pédagogie. Je n'ai pas le loisir d'en faire aujourd'hui la critique ; je l'ai déjà faite maintes fois et sans le moindre succès (1).

Je me bornerai donc a dire qu'il est indispensable d'émonder les programmes et de supprimer les devoirs à faire à la maison.

III. Exercices physiques Jeux. Récréations. — L'enseignement de la gymnastique est devenu obligatoire dans tous les établissements de l'Etat depuis la promulgation de la loi du 27 janvier 1880, et les instructions ministérielles sur la construction des écoles ont prévu, comme nous l'avons dit, l'emplacement et l'installation des engins. Les médecins-inspecteurs applaudirent tous à cette mesure. « Elle a, dit le Dr Mangeot, rendu un im-« mense service à la jeunesse des écoles et son heureuse influence ne tar-« dera pas à se faire sentir sur l'état général sanitaire des écoliers (2) ».

Le docteur Blayac tient le même langage, il est certain, comme il dit, que des exercices physiques bien dirigés sont propices a développer des qualités d'adresse, de souplesse, d'agilité et de force, précieuses dans toutes les classes de la Société ; mais indispensables pour les élèves des écoles primaires particulièrement destinés aux professions manuelles. La gymnastique peut encore être utilisée dans un but thérapeutique pour remédier à certaines difformités commençantes ; mais c'est à la condition, dans les deux cas qu'on lui accorde le temps nécessaire, et qu'on sache en faire une récréation et non un travail, que ce ne soit pas, comme dans une foule de lycées, une leçon ajoutée à tant d'autres, que ce ne soit pas pour les écoliers, une fatigue et un ennui de plus.

Les récréations, dans les écoles primaires, n'ont pas une durée assez longue pour qu'on ait le temps d'organiser des jeux un peu attrayants. Il y en a une de 35 minutes, celle qui suit le repas et deux d'un quart d'heure pendant les classes. Cela fait une heure en trois fois, mais enfin les enfants sont à cet âge heureux où l'on se contente de peu de chose en matière de distraction. Toutefois, il est indispensable que les maîtres s'occupent de

(1) Jules Rochard. Traité d'hygiène sociale. L'éducation rationnelle. Paris, 1888, p. 339. L'éducation de nos fils, Paris.

(1). L'inspection hygiénique et médicale des écoles par le docteur Mangenot, médecin-inspecteur des établissements scolaires de la ville de Paris. 1887. p. 53.

mettre un peu d'ordre dans leurs jeux surtout dans les écoles de garçons afin que la récréation ne se transforme pas en une bousculade générale et désordonnée qui expose les enfants à des accidents souvent très graves. Nous reviendrons plus tard sur les maladies scolaires et sur les mesures à prendre pour prévenir les épidémies dans les écoles et sur l'inspection hygiénique de ces établissements.

Jules ROCHARD.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Section des sciences médicales)

—

Traitement des tumeurs par l'électrolyse. — M. DARIN a employé l'électrolyse dans un néoplasme de la face ayant envahi une partie du conduit auditif externe droit, les deux paupières et le globe de l'œil du même côté. L'amélioration qui s'est produite est considérable, les douleurs ont complètement disparu et une grande partie de la tumeur est remplacée par une cicatrice.

Traitement d'un fibrôme par les courants continus. — M. ROUVEIX a pu débarrasser une jeune femme de 22 ans d'un fibrôme utérin, ayant causé deux fausses couches, par des séances répétées de courants continus. La guérison était complète lorsque la malade devint de nouveau enceinte. Au moment de l'accouchement qui se fit à terme, M. Rouveix dut recourir à la version et découvrit de nouveau un fibrome sur la paroi droite de l'utérus. La tumeur disparut spontanément en même temps que se faisait la régression utérine.

Goître exophtalmique et sclérodermie. — M. JEANSELME a vu évoluer parallèlement, chez une femme, la sclérodermie et le goître exophtalmique. On peut penser que les deux affections reconnaissent la même cause ; elles sont, en effet, plus fréquentes chez la femme, coïncident volontiers avec les différentes phases de sa vie sexuelle, se montrent chez les névropathes. D'autre part, on pourrait admettre que certaines sclérodermies dérivent d'un trouble fonctionnel de la glande thyroïde.

La cicatrisation des brûlures.— M. A. GUÉRIN.— Les brûlures sont souvent suivies de cicatrices vicieuses formées de tissu inodulaire rétractile. Il y a là une inflammation profonde des tissus qui se trouvent au-dessous des parties mortifiées, de plus, la graisse des parties chauffées imbibe, au moment de la brûlure, les nerfs, les artères, les veines, et modifie leurs propriétés. Il suit de tout cela que la cicatrice se forme en tissu pathologique ; c'est un tissu de sclérose constitué par des fibres, des corps fusiformes. On avait pensé que, par l'antisepsie, on arriverait à empêcher la formation des cicatrices vicieuses, mais il n'en a rien été, car les antiseptiques sont impuissants contre une inflammation d'origine physique qui n'est pas due à des microbes. On peut, par la compression élastique qui ischémie les parties, lutter contre l'inflammation profonde. Cette compression combat, de plus, très efficacement la douleur et est bien tolérée par les malades. Le pansement ouaté est le meilleur traitement des brûlures profondes.

Les phobies neurasthéniques.— M. BÉRILLON.— Si l'attention des médecins n'a pas été appelée plus tôt sur les phobies neurasthéniques cela tient à ce que les malades, qui insistent volontiers sur un certain nombre des symptômes qu'ils ressentent, dissimulent leurs troubles cérébraux. Ils ne décrivent qu'avec répugnance la peur morbide qui, du reste, est très difficile à expliquer. Très souvent les phobies ont un caractère professionnel des plus nets : Un médecin ne peut voir un malade emporter une de ses

ordonnances sans se demander avec angoisse s'il n'a pas prescrit des centigrammes d'un médicament au lieu de prescrire des milligrammes; — un notaire, qui ne présente habituellement aucun symptôme cérérébral, est hanté par la crainte de se tromper dès qu'on lui demande un avis professionnel. Très souvent les phobies n'apparaissent qu'à la suite du surmenage et disparaissent par la suppression des causes de l'épuisement nerveux et le traitement suggestif. Il est souvent difficile de distinguer les phobies neurasthéniques des troubles mentaux que Magnan a décrits sous le nom de syndrôme fénisodique de la folie héréditaire. Cependant, on ne peut pas dire qu'il s'agisse dans ces phobies de vésanies véritables et on n'a là, en somme, que l'exagération de sensations normales.

Pour M. Dekterew on doit distinguer les neurasthéniques par surmenage et les neurasthéniques par dégénérescence héréditaire. Chez les premiers il faut se montrer très réservé dans l'emploi de la suggestion hypnotique ; elle réussit beaucoup mieux chez les seconds. M. Tissié considère le maniement de la suggestion comme très délicat chez les neurasthéniques psychiques.

La pigmentation du sérum sanguin. — M. Moragliano a insisté sur la différence de la pigmentation du sérum sanguin suivant le mode employé pour obtenir la coagulation; elle est à peine marquée si l'on emploie la centrifugation, très accentuée, si on laisse le sang se coaguler lentement. Le sérum est toujours très coloré dans les maladies où il y a eu destruction considérable de globules sanguins : scorbut, pneumonie, scarlatine. Un sérum sanguin, très peu pigmenté, se colore très rapidement en vert si on y ajoute quelques cc. de sang et on doit admettre que la pigmentation provient de l'hémoglobine des globules détruits dans le sérum. On peut admettre la même chose pour la pigmentation des exsudats.

Des causes de l'ongle incarné. — D'après M. F. Regnault, l'ongle incarné ne dépend pas de la pression exercée par les chaussures trop étroites sur le gros orteil. Il se développe souvent, ainsi que l'a montré Poncet, chez des personnes lymphatiques à gros orteil épais et ongle petit et plat. Chez les sujets robustes, il débute, le plus souvent, à la suite d'un traumatisme, et si le pied est malpropre, les microbes du pus se tiennent dans la rainure de l'onge et, très rapidement, la suppuration apparait. Soignés dès leur apparition, les ongles incarnés guérissent assez rapidement.

Rétrodéviations utérines. — M. Batuaud préconise la réduction manuelle dans le traitement des rétrodéviations utérines. Dans certains cas, elle devient très difficile. Il en est ainsi si l'utérus est mou, flasque et très flexible au niveau du col, de telle sorte que les pressions exercées sur ce dernier ne se transmettent pas au corps. M. Batuaud propose alors de durcir extemponanément l'utérus, soit par le bourrage avec la gaze iodoformée, soit par l'emploi d'une tige intra-utérine entourée d'ouate.

— On sait que l'on tend à employer la castration dans le traitement de l'**hypertrophie prostatique.** M. Launois a constaté que des relations intimes unissent la formation et l'évolution de la prostate à celles des testicules. C'est ainsi que, s'il y a arrêt de développement des testicules, il y a atrophie de la prostate. Un seul côté de cette dernière est atrophiée dans la monorchydie ou l'ectopie unilatérale. La double castration chez les animaux ou chez l'homme entraîne l'atrophie de la glande et des vésicules séminales.

Le traitement du psoriasis. — M. Bouffé admet que le psoriasis est d'origine nerveuse et qu'on peut le placer à côté des affections arthritiques. Il a toujours trouvé dans le sang et dans la peau une augmentation considérable des cellules conénophiles. Les injections de liquide testiculaire ont donné les meilleurs résultats dans le traitement du psoriasis.

M. Hallopeau tient à dire que la nature trophonévrotique du psoriasis n'est pas démontrée. Il est vrai que la plupart des psoriasiques ont des arthropathies; mais il est possible que ce soient là des troubles trophiques ou des altérations d'un genre infectieux. Certains psoriasiques sont en même temps séborrhéiques ; c'est dans ces cas que la nature arthritique est probable. Les injections de liquides thyroïdien et testiculaire ont donné à M. Hallopeau des résultats très divers.

Accidents cérébraux dans la scarlatine. — M. Le Gendre a vu dans le décours d'une scarlatine chez une malade de 31 ans, lorsque l'apyrexie durait depuis 10 jours, la température monter de nouveau à 39 et 40° ; deux jours plus tard se montraient des troubles maniaques avec hallucinations alternant avec de la stupeur. Les urines ne renfermaient pas d'albumine mais étaient très peu abondantes. M. Le Gendre employa comme traitement, d'abord les bains froids, puis les bains tièdes et en même temps les lavements froids réitérés et les boissons abondantes. Il y a eu soit localisation tardive du poison scarlatineux sur l'encéphale, soit encéphalopathie par insuffisance urinaire.

Rapports entre l'éruption et les sensations anormales dans le dermographisme. — MM. Hallopeau et Tacquinet s'attachent à mettre en relief le rapport qui existe entre l'opposition de l'éruption dermographique et la production des sensations anormales ; celles-ci sont rigoureusement subordonnées à celles-là : la saillie ortiée commence à se produire sous l'impression tactile avant que les sensations anormales se manifestent. Ces dernières ne surviennent que consécutivement. Elles sont en relation évidente avec le trouble de la circulation qui est la cause prochaine de l'éruption. Ce n'est donc pas en provoquant des sensations spéciales que les divers agents déterminent l'urticaire; ces sensations résultent, au contraire, de l'éruption ortiée ; elles n'en sont pas la cause, mais l'effet. Pour MM. Hallopeau et Jacquinet le dermographisme n'est pas forcément d'origine toxique.

M. Prioleau a observé chez un vieillard sans antécédent génital une orchite testiculaire suppurée survenue, a quelques jours de distance, entre deux atteintes de pneumonie.

La première pneumonie a duré du 2 au 14 mars, et a présenté une forme serpigineuse. Le 17 mars, le malade est pris de douleurs dans le testicule gauche avec frisson et fièvre. De ce jour au 22 mars se forme un abcès testiculaire que l'on ouvre. Le malade allait très bien lorsque le 15 avril il est pris d'une nouvelle pneumonie du même côté que la première fois et qui entraîne rapidement la mort.

L'examen bactériologique a conduit à la découverte d'un micro-organisme que l'on peut rapprocher de celui de Talamon Fraenkel.

Ptoses viscérales et décubitus renversé, massage abdominal. — M. F. Chéron. — L'entéroptose, la dilatation de l'estomac et l'abaissement de l'utérus sans prolapsus sont des phénomènes morbides qui relèvent d'une cause commune à toutes les ptoses viscérales, l'épuisement nerveux qui produit la diminution du tonus musculaire et l'atténuation de l'élasticité de tous les ligaments suspenseurs des viscères.

Le décubitus renversé et le massage abdominal pratiqués dans cette position ramènent, en un temps très court, les viscères à leur situation normale, modifient la dilatation de l'estomac et le chimisme morbide de cet organe. Ils rendent promptement inutiles, dans les cas de moyenne intensité, le port de la ceinture, le régime sévère et l'usage très fréquent des laxatifs.

Dans les autres cas, l'emploi de ces moyens rend utile la ceinture alors qu'elle avait cessé de rendre service, surtout si les malades prennent la précaution de la mettre en place avant de quitter la position renversée, et le matin avant de quitter le lit.

L'utérus abaissé sans prolapsus, traité de la sorte chez les femmes qui n'ont pas encore atteint la ménopause et dont la viscéroptose est de moyenne intensité, se relève et récupère l'autonomie de ses ligaments snspenseurs ce qui permet d'abandonner l'anneau pessaire devenu tout à fait inutile.

Traitement de l'insomnie. — M. de Fleury : Lorsque l'insomnie ne provient pas d'une douleur vive ou d'une irritation matérielle directe (tumeur ou méningite) portant sur l'écorce du cerveau, il est possible de substituer aux médicaments hypnotiques des procédés de traitement dynamiques à la fois efficaces et dépourvus d'inconvénients.

En étudiant la pression artérielle chez les malades atteints d'insomnie, on trouve que ce phénomène pathologique coïncide soit avec un état d'hypertension marquée, soit avec un état d'excessive hypotention.

Sans le secours des drogues, par l'emploi de simples procédés physiques, il est facile, dans la grande majorité des cas, de ramener la tension à la normale et du même coup de rendre le sommeil.

Il est presque toujours utile d'ajouter, à ce traitement physiologique, un traitement psychologique, une accoutumance au sommeil.

Chez les neurasthéniques — on sait à quel point l'insomnie est fréquente et pénible dans cette maladie — M. de Fleury ne prescrit plus jamais de médicaments hypnotiques, même bénins. A l'aide d'injections de serum ou de frictions sèches, il se contente de mettre au point la tension de ses malades; après quoi il leur fait prendre méthodiquement l'habitude du sommeil.

Pathogénie et traitement de la diphtérie. — M. Guelpa : La fausse membrane au lieu d'être le milieu de culture des éléments pathogènes spécifiques de la diphtérie, comme on le croit généralement, constitue au contraire une barrière qui s'oppose à leur invasion dans l'organisme. Dans le traitement de la diphtérie, on doit donc renoncer aux moyens plus au moins barbares de la destruction de la fausse membrane, il faut au contraire avoir soin d'en respecter l'intégrité et diriger l'énergie du traitement contre l'élément pathogène là ou il pullule, c'est-à-dire dans la salive et dans les mucosités des voies aériennes. Lorsque la diphtérie est simple, c'est-à-dire presque exclusivement à bacilles de Klebs, les lavages abondants avec des solutions antiseptiques très diluées et chaudes forment la base de l'action thérapeutique et sont presque toujours suffisants.

Quand la diphtérie, par le fait de l'association microbienne, surtout streptococcique, prend la forme grave, les mêmes lavages sont encore indispensables ; mais il est nécessaire d'y ajouter l'administration interne de l'iodure de potassium et les injections endo-amygdaliennes de liqueur de Van Swieten, dans le but de modifier l'état osmotique des muqueuses et de s'opposer autant que possible à la septicémie.

Dans le croup, dès que le diagnostic est certain, il faut pratiquer immédiatement la trachéotomie ou bien placer, au moyen d'un petit trocart, un drain résistant dans la trachée, dans le but de diluer et d'évacuer les mucosités contenant l'élément pathogène par l'irritation des voies aériennes. Pour que les lavages soient vraiment utiles et sans danger, il faut les faire le malade étant renversé la tête en bas.

Du pouvoir absorbant de la vessie

par M. Bazy, chirurgien des hôpitaux

—

Dans une note communiquée à l'Académie des sciences, j'avais établi par des preuves qui m'avaient semblé irréfutables le pouvoir absorbant de la muqueuse vésicale.

Ces recherches viennent vraiment d'être corroborées, complétées par mon élève, M. Camille Sabatier, qui vient d'en faire sa thèse de doctorat.

Il en résulte, entre autres particularités, que la vessie peut être placée, au point de vue du pouvoir absorbant, entre le rectum et les voies digestives supérieures, absorbant moins que le rectum, mieux que ces dernières.

Comme mes conclusions ont été dernièrement attaquées, je viens aujourd'hui faire *devant vous* une expérience qui mettra fin aux débats, en vous permettant de faire les observations que comportera le cas.

Nous nous sommes servis dans nos expériences de chiens, de lapins, de chats, et nous avons employé des substances réputées inoffensives et acceptées comme telles par tous, je veux parler des alcaloïdes. Nous nous sommes encore servis du sulfo-indigotate de soude neutralisé, substance *très inoffensive*, dont le pouvoir colorant est très grand et la recherche facile, du *non moins inoffensif* iodure de potassium en solution, dont la recherche est très facile et les réactions sont très nettes. Sa présence dans le sang de la veine cave inférieure a été mise en évidence par un chimiste très compétent, M. Berthoud, pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre.

Je vais, devant vous, injecter dans la vessie de ce lapin mâle, au moyen de cette petite sonde en caoutchouc rouge (n° 8 de la filière Charrière), absolument inoffensive pour l'urètre et la vessie, 2 *centimètres cubes* de cette solution de strychnine au 1/30e ; je vide d'abord la vessie de l'urine qu'elle contient, afin d'éviter la distension et la pression; j'injecte la solution, puis, pressant la sonde pour empêcher même une goutte de liquide de tomber dans le canal, je la retire.

Je me contente de faire cette expérience de la manière que je viens d'indiquer pour ne pas prendre votre temps.

Au bout d'un temps très court, 1 minute 1/2 au plus, quand on pousse le lapin pour le faire marcher, on s'aperçoit que ses mouvements sont saccadés et comme convulsifs; quelques instants après (le temps n'a pas été mesuré : il est de 2 minutes dans nos expériences publiées), les muscles sont atteints de contracture totale, le lapin est roide comme un morceau de bois, il est laissé dans cet état et il meurt bientôt après.

Je fais observer que le lapin n'a pas uriné, et que, par conséquent, l'urètre ne paraît pas avoir reçu une seule goutte de liquide. Du reste, nous avons fait dans notre laboratoire l'expérience de la manière suivante : l'abdomen du lapin est ouvert, la vessie mise à découvert ; une sonde introduite par l'urètre la vide, cette sonde sert à injecter la solution d'alcaloïde (2 centimètres cubes au plus de n'importe quel alcaloïde), puis une pince est placée au niveau du col serrant le col et la sonde pour empêcher le liquide de pénétrer dans l'urèthre : or, les manifestations de l'empoisonnement se produisirent absolument comme si on n'eût pas mis de pince.

Si jusqu'ici l'opinion contraire a prévalu, c'est-à-dire si on a nié le pouvoir absorbant de la muqueuse vésicale, c'est que, ainsi que je l'ai dit dans ma communication à l'Académie des sciences, les expérimentateurs me paraissaient avoir employé des substances inactives par rapport aux animaux mis en expérience et que d'autres avaient confondu absorption avec imbibition.

D'un autre côté, on ne peut même ici supposer que c'est une petite quantité de la solution très forte de strychnine qui est tombée dans l'urètre, puisque, après avoir isolé l'urètre de la vessie en pinçant le col vésical, les accidents d'intoxication n'ont été ni moins prompts ni moins intenses.

Pour répondre encore à cette dernière objection, j'ai fait à mon laboratoire l'expérience suivante :

J'ai sondé un lapin avec la sonde en caoutchouc rouge ; j'ai évacué la vessie : j'ai adapté à la sonde la seringue chargée de la solution de strychnine employée l'avant-veille devant la Société de biologie, j'ai poussé dans cette sonde une quantité de liquide

suffisante pour la remplir de solution de strychnine ; j'en ai même poussé 10 centigrammes en plus ; puis, j'ai retiré la sonde continuant à pousser le piston de cette seringue restée adaptée au pavillon de façon à arroser le canal. Quand dix minutes après (c'est-à-dire *cinq fois* plus de temps qu'il n'en faut pour voir apparaître les accidents), j'ai quitté le laboratoire, les muscles de ce lapin ne manifestaient pas la plus petite velléité de contracture. Je l'ai laissé en observation auprès de mes internes et il a *continué à se très bien porter.*

Une expérience très élégante et qui appartient à mon élève le docteur Hector Grasset, préparateur au laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, consiste à injecter dans la vessie de l'eau oxygénée. Cette injection faite, on ouvre l'animal, et on constate que toutes les veines de la vessie sont dessinées et remplies par des bulles de gaz, preuve de l'absorption.

Je sais que MM. Guinard (de Lyon) et Boyer ont publié des expériences qui contredisent les miennes. Comme ni M. Guinard, ni moi, ne faisons partie de la Société de biologie, je ne crois pas devoir les mettre en cause ici.

Mais c'est pour répondre à ces expériences que je suis venu ici *publiquement* faire une expérience, rigoureusement démonstrative, afin que, désormais, il n'y ait plus de doute dans l'esprit de personne sur la réalité des faits que j'ai avancés, et qu'il soit *désormais acquis*, malgré une conclusion un peu autoritaire (pour ne pas dire plus) de mes contradicteurs, que la muqueuse *vésicale saine* absorbe au même titre que toutes les autres muqueuses.

COURRIER

Il résulte d'un jugement rendu par le juge de paix du 7e arrondissement de Paris (février 1893) qu'en cas de consultation ou d'opération demandée par le médecin traitant le client doit payer directement au médecin consultant ses honoraires qui ne sauraient se confondre avec ceux du médecin traitant.

Grâce à l'intervention judiciaire, il peut avoir la consolatiou de faire réduire des trois quarts lesdits honoraires. Mais, comme il est condamné à payer tous les frais et dépens, il est douteux qu'il finisse par y trouver le moindre bénéfice.

— Les professeurs de la Faculté de médecine de Bucarest, ainsi que les autre médecins roumains ont décidé de ne pas prendre part au Congrès de démographie qui doit avoir lieu prochainement à Budapest. Cette décision a été prise comme protestation contre la politique générale du gouvernement hongrois à l'égard de ses sujets roumains.

Marine. — A dater du 6 août 1894, le ministre de la marine a fait connaître, qu'après avis conforme du conseil supérieur de santé, il a rendu applicable aux troupes de la marine l'Instruction du 13 mars 1894 élaborée par le ministère de la guerre sur l'aptitude physique au service militaire.

Institut britannique d'hygiène publique. — Cet Institut vient de tenir à Londres ses assises de l'année 1894. Parmi les diverses communications qui ont été faites, les plus importantes sont celles de M. Campbell Douglas, sur la création des hôpitaux de fiévreux ; de M. Rowand Anderson, sur la construction de maisons ouvrières ; de M. W. Géo Atkins, sur l'éclairage électrique comme agent sanitaire, et de M. W. Relie, sur la destination des immondices dans les villes.

— Un service d'inoculation antirabique suivant la méthode Pasteur a été organisé à Vienne à l'hôpital Rodolphe. Ce service est dirigé par le professeur Paltauf.

— La *Revue internationale de biographie*, dirigée par le professeur Jules Rouvier (de

Beyrouth), vient de subir des modifications nombreuses. Tout en conservant son caractère international, elle paraîtra désormais sous le titre de *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Notre confrère, le docteur L. Touvenaint (de Paris), a été désigné comme secrétaire de la rédaction.

Les bureaux de la *Revue* sont transférés à Paris, 37, rue Taitbout.

— Par décret, en date du 17 août 1894, il est institué auprès du ministre des Colonies une inspection générale du service de santé, chargée de la direction technique des affaires sanitaires et de l'hygiène.

Le médecin inspecteur, président du Conseil supérieur de santé, prend le titre d'inspecteur général. Il relève directement du ministre.

Il a sous ses ordres le personnel attaché à l'inspection générale, qui comprend : 1° le Conseil supérieur de santé ; 2° un bureau d'hygiène et de statistique médicale.

L'inspecteur général du service de santé est consulté : sur l'organisation du corps de santé, les promotions et les mouvements du personnel attaché aux hôpitaux des colonies ; sur la construction et l'aménagement des casernements et hôpitaux ; sur les projets de travaux intéressants l'hygiène publique aux colonies.

Il centralise les renseignements sanitaires et la statistique médicale des colonies. Il dirige le service technique des hôpitaux, lazarets, asiles ou autres établissements sanitaires des services généraux ou locaux. Il prépare les instructions relatives à la police sanitaire et propose au ministre les mesures qu'elle nécessite.

Il n'est rien changé aux dispositions générales du titre IV du décret du 7 janvier 1890, concernant les attributions du Conseil supérieur de santé et des pays de protectorat.

—Sur la proposition du Conseil supérieur de l'instruction publique, le ministre de l'instruction publique vient de décider la création d'une nouvelle chaire de chimie analytique à l'Ecole supérieure de pharmacie. Cette création était réclamée depuis 1833. A cette époque les étudiants firent, à ce sujet, une démarche auprès de la commission des 44 à la Chambre des députés.

— M. Treille a été nommé inspecteur général du service de santé des colonies.

—Le Conseil municipal a désigné comme délégués au Congrès international d'hygiène qui doit se tenir à Budapest au mois de septembre prochain : MM. Bechmann, inspecteur en chef de l'assainissement ; Masson, ingénieur municipal ; Bertillon, chef de service de la statistique municipale ; le Dr Martin, inspecteur général de l'hygiène et de la salubrité.

— Authentique : Dans un de nos grands hôpitaux que nous ne nommerons pas ; il nous suffira de dire qu'au Conseil municipal cet hôpital a été qualifié du titre un peu trivial de « pétaudière ».

LE CHIRURGIEN. — Monsieur l'économe, depuis deux mois, je vous ai montré, et vous l'avez reconnu, que mon catgut était plus que défectueux ; vous m'avez affirmé que vous alliez en réclamer d'autre. J'apprends à l'instant que vous avez eu, il y a plus d'un mois, ce que je vous avais demandé ; comment se fait-il que je n'ai rien reçu.

L'ÉCONOME. — J'ai disposé autrement du catgut que vous m'aviez demandé parce qu'il ne pouvait vous convenir. Vous désiriez du catgut calibre « gros, moyen et fin », celui que j'avais était étiqueté n° 1, n° 2, n° 3 ! (*Bulletin Médical.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Potain : Hôpital de la Charité. — II. Revue de la presse américaine. III. Académies et sociétés savantes : Académie de médecine.— IV. Association française pour l'avancement des sciences. — V. De certaines maisons de massage à Londres.—VI. Courrier.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain

Les tænias

Messieurs,

Nous avons en ce moment dans le service une jeune fille qui présente à a fois des troubles des voies digestives ayant entraîné une dilatation cardiaque et des phénomènes d'hystérie ; de plus, elle dit avoir un ver solitaire.

Le diagnostic de l'existence d'un tænia dans l'intestin n'est pas aussi facile que cela semble au premier abord. Lorsque les malades vous racontent qu'ils rendent de longs rubans blanchâtres, cela ne doit pas suffire pour vous faire admettre l'existence d'un ver solitaire. En effet, dans l'entéro-colite muco-membraneuse, on rend des lambeaux d'apparence muqueuse dont la longueur peut dépasser 50 centimètres, la largeur un demi-centimètre, qui sont pelotonnés et ont une grande ressemblance avec un tænia. Ces lambeaux se produisent vraisemblablement au niveau des bandes longitudinales du gros intestin, qui sont ratissées par le bol fécal. De plus, les malades rendent quelquefois des plaques minces de même apparence, formées alors dans les dépressions du gros intestin.

Très souvent, les longs lambeaux ont été pris pour un ver et on a institué le traitement de ce dernier. Je veux, aujourd'hui, avant de vous exposer les symptômes variés qui résultent souvent de la présence d'un tænia dans l'intestin, vous donner les notions d'histoire naturelle suffisantes pour que vous puissiez reconnaître l'animal.

Vous savez qu'il y a des variétés très différentes de vers intestinaux. C'est ainsi qu'à la partie inférieure du rectum habitent les oxyures, qui se présentent sous la forme de fils blanchâtres, longs de un demi-centimètre environ, et déterminent du prurit anal. Les lombrics ont de 15 à 20 centimètres de long et ont la forme de cylindres dont les deux extrémités sont pointues. Mais je veux vous parler surtout des cestoïdes ou vers rubannés, aplatis, allongés, qui sont de trois espèces : le tænia solium, le tænia medio-canellata et le bothriocéphale. Ce dernier est très rare en France, et ne se voit guère qu'en Suisse et en Allemagne ; au contraire, le tænia medio-canellata est très fréquent chez nous.

Le tænia solium et le tænia medio-canellata diffèrent par des détails de structure. On appelle tête la partie supérieure de l'animal ; en réalité, c'est là plutôt un organe de fixation, mieux désigné sous le nom de scolex. Cette partie renflée présente sur les côtés des saillies arrondies, au nombre de quatre, qui sont appelées ventouses. Elles se fixent de la même manière que les pattes des mouches, leur centre se rétractant ; elles peuvent aussi servir à l'animal pour se déplacer. La partie centrale de la tête du tænia solium est un cône saillant appelé proboscide qui est garni tout autour d'une double couronne de crochets. Les crochets de la couronne la plus

interne sont les plus petits.Leur forme rappelle un peu celle d'une patte de homard ; la pointe est fine et recourbée et à la base on trouve une apophyse saillante et une partie épaisse ou manche. Les crochets se relèvent quand la partie centrale se rétracte ; au contraire, quand le proboscide va en avant, leur pointe s'abaisse.

Il semblerait que le tænia solium dût être le mieux fixé. En effet, le tænia medio-canellata n'a pas de crochets et on l'appelle aussi, à cause de ce fait, tænia inerme. Il est probable que le tœnia solium perd des crochets de temps en temps ; les grands et les petits alternent d'un cercle à l'autre et il y en a en général onze petits pour seize à dix-huit grands.

La tête du médio-canellata se pigmente peu à peu à mesure que l'animal vieillit et les petits points noirs, que l'on y remarque, d'abord très disséminés, deviennent de plus en plus rapprochés.

La tête du bothriocéphale présente deux dépressions latérales et il n'y a pas de crochets, ni de proboscide.

Au-dessous du scolex, tous ces animaux présentent une partie rétrécie ou col ; ils s'élargissent ensuite et bientôt apparaissent de petites stries transversales, qui deviennent de plus en plus visibles et délimitent des anneaux distincts. Lorsque l'animal est bien développé, il y a un millier d'anneaux et même plus ; l'ensemble des anneaux a reçu le nom de strobile.

Etudions maintenant la structure d'un anneau de tænia. L'anneau est plus long que large en général et la partie postérieure est plus large que l'antérieure. Latéralement, il y a un pore génital et la substance fondamentale est blanchâtre. Au-dessous d'une cuticule peu épaisse se trouve de la substance contractile formant des fibres transversales et longitudinales. Latéralement sont deux grandes stries qui sont des vaisseaux ou canaux aquifères unis par une branche transversale à chacune des extrémités de l'anneau et considérés comme un appareil excréteur. De chaque côté en dehors du vaisseau on trouve un nerf longitudinal. Dans toute la masse de la substance fondamentale sont des points blanchâtres, formés par des sels calcaires.

Lorsque l'anneau est adulte il se sexue. Les organes mâles apparaissent tout d'abord sous forme de petites sphères disséminées, donnant de petits canaux efférents qui se réunissent en un canal déférent unique se rendant au pore génital. Au fond de ce dernier, on trouve la poche du cirrhe, contenant le cirrhe habituellement rétracté. Les spermatozoïdes sont petits et formés d'une extrémité brillante ou tête, portant un filament très fin.

Bientôt se montrent les organes femelles, formés de petits culs-de-sac ovariens dans lesquels on trouve les vésicules germinatives. Les petites utricules aboutissent à des canalicules qui se réunissent et vont à un renflement appelé ootype, où l'œuf se constitue. A ce moment, l'organe mâle est refoulé et de chaque côté, au-dessus de l'ootype, on trouve deux vitellogènes qui feront le vitellus nutritif. L'ootype renferme des filaments spermatiques qui y ont pénétré par un vagin qui aboutit près du pore génital. Chaque œuf se féconde, s'entoure de vitellus nutritif et d'une coque et enfin passe dans la matrice. L'organe mâle disparaît complètement et la matrice finit par remplir tout l'anneau, en donnant des sortes de protusions

latérales. Dans le tænia solium ces branches latérales sont très divisées ; dans le médio-canellata, elles sont simples et nombreuses.

Quand l'anneau est mûr, il est devenu un véritable sac à œufs, un proglottis pour employer le mot propre, qui renferme plusieurs milliers d'œufs. En effet, chaque œuf a si peu de chance de pouvoir reproduire l'animal, qu'il est nécessaire qu'il y en ait beaucoup.

Les proglottis du tænia médio-canellata sont plus grands que ceux du tænia solium ; de plus, le premier les laisse aller un à un, soit avec les garde-robe, soit dans leur intervalle. Au contraire, les anneaux du tænia solium se détachent plusieurs à la fois et sortent beaucoup plus rarement.

Le bothriocéphale n'évacue ses proglottis que lorsqu'ils sont privés d'œufs et on trouve ces derniers mélangés aux matières fécales.

Les œufs du tænia solium sont sphériques, un peu brunâtre, résistants et ont trois centièmes de millimètre environ ; ceux du tænia médio-canellata sont un peu ovalaires et long, d'environ 36 millièmes de millimètres. A la partie supérieure des œufs de bothriocéphale il y a un opercule.

Les œufs mûrs des tænias renferment l'embryon déjà développé. Cet embryon est dit hexacante, parce qu'il est armé de six spicules droits. Quand l'œuf de botriocéphalé est pondu dans l'intestin, l'embryon n'est pas encore visible. Cet embryon nait dans l'eau et y nage à l'aide de cils ; il perd ensuite ces derniers et son sort est indécis.

Les migrations des tœnias sont bien connues, grâce surtout aux travaux de van Beneden et de Leuakart. L'œuf étant ingéré par un animal, l'enveloppe se détruit et l'embryon mis en liberté se fixe à la face interne de la muqueuse digestive. Il s'y insinue par ses crochets qu'il réunit en pointe aiguë pour les écarter ensuite et pénétrer dans un vaisseau veineux dont le sang le porte au foie ; quelquefois il traverse ce dernier organe et va se fixer ailleurs ; en tout cas, il forme ce qu'on appelle une hydatide.

Ces migrations se font, pour le tœnia solium, dans l'estomac du porc ; pour le medio canellata, dans celui du bœuf. Une fois l'animal fixé il devient un cysticerque. Le cysticerque du tænia solium est un petit être ressemblant à un haricot, qui chez le porc est facile à sentir lorsqu'il est un peu développé, à la face inférieure de la langue ; vous connaissez l'habileté que les langueyeurs du porc mettent à le chercher. Le cysticerque du tænia solium est devenu relativement rare. Le cysticerque du medio-canellata est beaucoup plus petit et il est souvent difficile à voir dans la viande de bœuf. Quand la viande est très fraîche, il se présente sous l'aspect d'une petite perle translucide qui devient rapidement invisible. Dans certains pays, ce tœnia est très fréquent ; il en est ainsi en Abyssinie, par exemple.

On a dit que le cysticerque du bothriocéphale passait par un poisson. Le fait est possible ; mais il est possible aussi que l'animal ne présente pas toujours l'alternance des générations et on a vu l'ingestion des œufs donner le ver. J'ai moi-même vu ce dernier apparaître chez une femme, qui n'avait jamais quitté le centre de la France, mais avait reçu chez elle un jeune Suisse qui portait un de ces parasites.

Les anneaux du bothriocéphale sont plus larges que longs et ont un pore génital au milieu. L'utérus fait de nombreuses circonvolutions ; il y a deux pores génitaux, un mâle et un femelle et de plus une ouverture spé-

ciale pour la ponte. Les anneaux ne se séparent pas facilement et de plus leur centre se détruit après l'évacuation des œufs ; les anneaux réunis en rubans ne sont que rarement évacués.

Dans la prochaine leçon, nous étudierons les accidents causés par les vers rubannés et les moyens propres à détruire ces parasites.

REVUE DE LA PRESSE AMÉRICAINE

CHIRURGIE

Note sur l'opération d'Alexander,

Par Paul I. Mundé.

Après une courte période de faveur, — due principalement au professeur Trélat, — e raccourcissement des ligaments ronds, pour remédier aux rétrospositions utérines, semble être tombé chez nous en désuétude de plus en plus grande, remplacé par l'hystéropexie abdominale importée par le professeur Terrier e', — moins souvent, — part l'opération de Gyll Wylli, la plicature intra-abdominale des ligaments ronds, don Chalot s'est, à plusieurs reprises, fait le défenseur convaincu. Aussi, n'est-ce pas sans surprise que nous avons lu l'article où Mundé, le gynécologiste américain bien connu, loue les nombreux avantages de l'opération d'Alexander, pure et simple. La valeur personnelle de l'auteur, aussi bien que son expérience de cette opération qui remonte à dix ans et porte sur 65 cas donneront, nous l'espérons, de l'intérêt à nos lecteurs pour l'exposé de ses opininons.

Pour ce qui concerne la découverte du ligament tout d'abord, ce serait toujours à l'opérateur lui-même qu'il faudrait attribuer l'échec en ce point et une attention suffisante aux points de repère suffirait pour assurer le succès. Les points de repère son au nombre de deux : l'épine du pubis et le pilier inguinal externe. Ces repères reconus, il faut isoler la fascia de l'orifice inguinal externe pour permettre à la graisse de faire hernie. — On détache alors mollement, avec un instrument mousse, ce lobule adipeux des parties sous-jacentes en ayant soin de ne pas rompre ses connexions avec le pubis. Une fois que cette dissecticns semble suffisante, il suffit de soulever le paquet de graisse en bloc au moyen d'une pince à dents de souris pour pouvoir trouver facilement et poursuivre à la hauteur voulue le faisceau conjonctif que l'on cherche. Quelques précautions sont à noter ici : il convient de s'assurer, par des tractions, que c'est bien le ligament rond que l'on tient et non quelques fibres du pilier externe, méprise qui arrive ; il faut ensuite poursuivre cette dissection, — toujours avec un instrument mousse, — très délicatement et doucement, en exerçant une traction molle sur le ligament jusqu'à ce que son volume croissant (qui atteint presque celui d'un crayon à ce moment) avertisse qu'on est au voisinage de la corne utérine. Pendant tout ce temps, le principal écueil à éviter c'est la rupture du ligament qui arrive assez facilement quand des adhérences le fixent à l'intérieur du canal inguinal. Dans cette recherche, cette dissection et surtout dans e cas où, pour une raison ou une autre, le tégument aurait été perdu de vue, l'épine pubienne reste le point de repère par excellence. Malgré tout, il arrive que le ligament faible, à faisceaux éparpillés, se rompe ; dans un cas où il était remarquablement faible, il s'est même rompu entre les mains de Mundi au voisinage de la corne utérine ; heureusement une suture profonde permit de saisir cette corne et d'obtenir un résultat parfait.

La dissection terminée, l'auteur fixe le ligament dans toute l'étendue du canal au moyen de sutures en crin de Florence et résèque le ligament en excès.

Pour ce qui concerne l'ouverture du canal, Mundé la croit inutile hors les cas où le ligament s'est rompu ; il ne lui trouve d'ailleurs aucun avantage et, pour sa part, n'y a pas eu recours plus de 6 fois sur 65. La longueur habituelle de l'incision n'est pas de plus de 6 centimètres.

Même dans les cas où il y a eu suppuration, le seul inconvénient a été le retard de la guérison, mais jamais il ne s'est produit de hernie.

Sauf dans les cas où on a pratiqué en même temps une colporraphie, l'auteur fait porter un pessaire pendant trois à six mois ponr éviter de tendre les jeunes adhérences. La durée de l'opération varie suivant les cas, mais on peut considérer trente minutes comme étant le temps habituellement nécessaire.

Les indications de l'opération sont très limitées pour Mundi, car d'après lui elle n'est justifiée que quand il y a une rétroversion ou rétroflexion bien marquée avec plus ou moins de prolapsus, plus ou moins de relâchement des parois vaginales, en même temps qu'une mobilité parfaite de l'utérus et de ses annexes.

Toutes les fois que l'utérus ou les annexes sont adhérents, l'opération d'Alexander est absolument contre-indiquée. On ne saurait donc comparer l'opération d'Alexander à l'hysteropexie, car c'est dans ces cas et dans ces cas seuls, que cette dernière se trouve indiquée. L'auteur n'a qu'une expérience trop limitée de l'opération de Wylie, pour juger de sa valeur dans ces cas.

Dans les cas de prolapsus, le raccourcissement des ligaments ronds n'a aucune espèce de valeur par lui-même et n'est utile que comme adjuvant.

Quand il y a en même temps que le vice de position de la matrice des lésions du périnée, du relâchement vaginal (cystocèle, rectocèle), une déchirure du col, on répare toutes ces lésions dans la même séance (qui peut ne pas durer plus d'une heure et demie) et l'on obtient ainsi des résultats bien meilleurs et plus durables.

Pour ce qui concerne les résultats éloignés de cette opération, le problème présente les mêmes difficultés que pour la plupart des opérations, surtout les opérations gynécologiques, pour cette raison qu'on ne peut presque jamais revoir toutes ses malades. Sur 65 opérations, Mundé n'a pu constater que 2 insuccès. Dans l'un des cas il s'agissait de prolapsus avec utérus volumineux et lourd, cas dans lequel il considère aujourd'hui l'opération comme contre-indiquée.

Dans le 2e cas, les ligaments s'étaient rompus au cours de la dissection et dès le début l'opération devait être considérée comme un insuccès au moins partiel.

A ces deux cas, il faut en ajouter trois autres où l'auteur échoua dans la recherche des ligaments ; la faute dans ces cas était évidemment imputable à l'opérateur et non à l'opération.

Dans une moitié des cas au moins, Mundi a pu revoir ses malades de six mois à six ans après l'opération, et dans tous les cas la fonction de l'organe est restée exactement ce que l'intervention l'avait faite.

Dans neuf cas, il y a eu une ou plusieurs grossesses sans que les résultats en aient été modifiés en quoi que ce soit.

Aussi l'auteur considère cette opération comme donnant des résultats aussi bons que l'hystéropexie ou la plicature intra-abdominale des ligaments ronds et cela avec infiniment moins de danger. Si l'on choisit bien les cas où elle est indiquée, si l'on apporte tout le soin voulu à son exécution, on obtiendra des résultats entièrement satisfaisants.

(*Medical Record*, 14 juillet 1894.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1894.

De l'intervention hâtive dans la pratique des accouchements

M. Charpentier résume dans les considérations suivantes un travail de M. Aron, de Sédan, sur ce sujet :

S'appuyant sur les résultats de sa pratique obstétricale, M. Aron croit qu'il y a avantage à intervenir hâtivement, c'est-à-dire une heure ou deux après la dilatation complète du col, au moyen du forceps ou de la version suivant les cas, pour éviter à la femme les fatigues d'un accouchement trop prolongé et le surmenage qui la met dans les conditions défavorables au point de vue de la puerpérilité.

Si M. Aron, en agissant ainsi, n'a pas eu d'accidents, ce n'est pas parce qu'il est intervenu hâtivement, mais parce qu'il a fait une antisepsie rigoureuse. Ces interventions ne devront être pratiquées, ajoute M. Charpentier, que dans les cas d'absolue nécessité.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Caen (du 9 au 15 août 1894) (*Suite.*)

Alcaloïdes phlogogènes de l'urine dans la dermatite herpétiforme. — MM. Hallopeau et Tête ont extrait de l'urine d'un malade ayant une poussée de dermatite herpétiforme quelques centigrammes d'une substance blanche cristallisée en aiguilles arborescentes solubles dans l'eau ; la solution précipite en blanc par le tannin et par les réactifs généraux des alcaloïdes. Ce corps, ainsi que l'ont montré des expériences poursuivies sur le cobaye a une action phlogogène très remarquable. Il est donc probable que la dermatite herpétiforme relève d'une intoxication d'origine autochtone.

— **La pathogénie du rhumatisme chronique.** — M. Charrin a pu isoler du liquide d'arthropathies rhumatismales chroniques 11 fois le staphylocoque blanc, 4 fois le streptocoque, 3 fois le staphylococus aureus, 2 fois le coli-bacille, 5 fois la culture est restée stérile, 2 fois il y avait association dn staphylocoque blanc et du streptocoque, 1 fois de ce staphylocoque et du staphylocoque doré ; il existait 1 fois concurremment avec le bacille-coli. Cela ne veut pas dire que ces parasites sont la cause des arthropathies, car, venus du tube digestif, ils peuvent facilement se fixer dans les points malades. Cependant on peut créer des arthropathies chroniques à l'aide de ces microbes ou de leurs toxines et, d'autre part, M. Charrin a vu, chez deux malades, un rhumatisme chronique déformant des plus nets débuter à la suite d'une amygdalite qui dans un cas a suppuré. Le pus renfermait du streptocoque et de l'albus que l'on a retrouvés dans la sérosité périarticulaire des arthropathies.

— M. Charrin a aussi attiré l'attention sur la *fréquence de l'entérite pseudo-membraneuse* qui, pour lui, est considérable. Cette maladie revêt des allures très diverses et donne souvent aux sujets qui en sont atteints depuis plusieurs années un aspect cachectique tel que l'on pense au cancer ou à la tuberculose intestinale. Les femmes sont plus souvent atteintes. Elles souffrent de coliques avec alternatives de constipation et de

diarrhée, présentent des crises d'entérite et rendent des glaires, des filaments muqueux, des fausses membranes; les douleurs sont vives dans les crises d'entérite, mais les vomissements exceptionnels. L'amaigrissement est souvent considérable et fréquemment le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt environ. Deux fois sur huit M. Charrin a isolé un bactérium coli très anaérobie. L'antisepsie intestinale ne réussit guère dans l'entérite pseudo-membraneuse et le meilleur traitement consiste dans l'emploi de l'acide lactique et dans celui des irrigations au nitrate d'argent.

— **Le massage dans le traitement des dyspepsies.** — M. Cautru : Le traitement des dyspepsies par le massage varie selon que l'on a affaire à l'hyperpepsie ou à l'hypopepsie.

Dans l'hypopepsie primitive les malades n'ont plus la résistance nécessaire pour les uttes de la vie ; l'appétit est capricieux, il y a du gonflement et des renvois après le repas en même temps que le travail intellectuel devient difficile. L'estomac et le gros intestin clapotent, l'entérite muco-membraneuse est fréquente, de même que les troubles divers extra-stomacaux. L'hypopepsie secondaire est une phase avencée de l'hyperpepsie et les glandes sont disparues ; cette forme est donc grave, tandis que la première est parfaitement curable.

Chez les hypopeptiques de la première classe il faut employer simultanément le massage abdominal, l'électrisation, l'hygiène, le régime et la station thermale. Certains de ces malades sont de faux dyspeptiques car leur chimisme stomacal est presque normal et il y a chez eux de l'atonie gastrique en même temps que de l'atonie générale.

On doit après le repas, pendant la digestion, faire un massage très superficiel de la région gastrique ; il consiste dans une percussion digitale, une sorte de jeu de piano. Il ne faudra, du reste, y avoir recours quand il y a pesanteur et douleur épigastrique qu'après avoir employé le massage calmant. Le massage à jeun tonifie l'estomac et active l'évacuation retardée des résidus alimentaires. Il est indiqué dans la forme grave de l'hypopepsie et doit être profond. Le massage ne doit être employé que très prudemment dans l'entérite pseudo-membraneuse.

Il y a deux variétés d'hyperpepsie : hyperpepsie générale et chlorhydrique, hyperpepsie chloro-organique. C'est dans cette dernière que le massage donne les plus beaux résultats et il sera fait à jeun. Il faudra être très sobre du massage dans l'hyperpepsie générale et ce qui réussit le mieux, c'est un massage superficiel calmant, fait pendant la digestion. Mieux vaut cependant s'abstenir dans la plupart des cas. On n'oubliera pas que, chez les goutteux, le massage abdominal peut provoquer ou réveiller un accès de goutte.

— M. Chambellan a observé deux cas intéressants de *syphilis héréditaire* de l'oreille moyenne. L'oreille interne est restée indemne et il s'est produit une inflammation chronique scléreuse de l'oreille moyenne. Cette otite est curable par le traitement spécifique.

Les dangers des exercices de sport. — M. P. Le Gendre : Pour apprécier exactement les inconvénients que peut avoir l'abus des exercices sportifs pendant la croissance, il faut d'abord analyser les conditions physiologiques dans lesquelles se trouvent les adolescents. Le caractère dominant de cette période de la vie est le développement inégalement rapide et variable, suivant les individus, des divers organes et appareils de l'organisme ; il en résulte que celui-ci est pendant quelques années dans un état d'équilibre instable dont l'hygiène doit prévenir la rupture. Un coup d'œil jeté sur le fonctionnement de divers appareils permettra d'indiquer rapidement les prédispositions morbides créées par la croissance.

Du côté de l'appareil circulatoire, il y a tendance à l'excès de tension dans le système artériel par suite de la suractivité d'un cœur qui s'est développé parfois plus vite

que le thorax ne s'est élargi. Il en résulte des palpitations fréquentes, une tendance aux épistaxis, aux vertiges, à certaines céphalalgies et aux bruits auriculaires subjectifs, par hypérémie de l'encéphale et des appareils sensoriels. Cet état est particulièrement fréquent et intense chez les enfants de souche arthritique et, chez eux aussi, l'appareil respiratoire présente une susceptibilité spéciale. Du côté de l'appareil locomoteur, il existe, pendant la croissance, une tendance des zones juxta-épiphysaires des os à l'hypérémie, terrain préparé pour l'ostéite et l'ostéomyélite infectieuse, si des germes en circulation viennent s'emboliser dans les zones hypérémiées. Chez les scrofuleux, toujours si tuberculisables, les arthrites aiguës accidentelles peuvent dégénérer en arthrites chroniques. Chez les arthritiques, l'hydarthrose du genou est plus fréquente pendant la croissance.

L'appareil digestif des adolescents se fait remarquer dans les familles neuro-arthritiques par une tendance à l'atonie du plan musculaire gastrique ; la fatique excessive augmente encore cette aptitude à la gastrectasie, et les copieuses ingestions de liquides, dont beaucoup d'exercices sportifs sont l'occasion, achèvent de provoquer la dilatation de l'estomac avec ses conséquences. — L'appendicite et les diverses variétés de typhlite sont certainement plus fréquentes chez l'adolescent. Quand elles se sont une fois montrées chez un sujet, elles créent trop souvent chez lui une imminence morbide, que certains exercices transforment en état pathologique.

Du côté du système nerveux, on retrouve chez l'adolescent la tendance aux céphalées, la fréquence de la chorée, des tics, un certain état psychique dont les notes dominantes sont l'engouement facile pour les distractions violentes, et l'amour-propre très développé au point de vue de la vigueur physique.

Quand on réfléchit à ces diverses prédispositions morbides inhérentes à l'état de croissance, on ne peut s'étonner que l'abus des exercices physiques vienne à les mettre en jeu souvent.

Il y a des accidents imputables à l'abus de tout exercice physique.

Il en est ainsi de la fièvre de surmenage caractérisée par les symptômes suivants : fièvre, abattement, yeux cernés, urines rares, foncées, chargées d'urates et de phosphates, anorexie avec un peu d'embarras gastrique, douleur spontanée ou provoquée au niveau de certains groupes musculaires plus spécialement surmenés. D'autres fois le surmenage est l'occasion d'une ostéomyélite infectieuse.

La dyspepsie, les troubles cardiaques des surmenés ne sont pas rares.

Chaque exercice physique met plus spécialement en jeu tel ou tel appareil. Le médecin hygiéniste, qui a noté chez un adolescent que tel appareil s'est développé avec excès et que tel autre est insuffisant, peut tirer, au point de vue prophylactique, parti de tel ou tel exercice. Mais c'est ce choix judicieux parmi les exercices physiques qui ne semble pas en ce moment préoccuper assez les apôtres du sport ; ce choix est à l'ordinaire déterminé presque uniquement par la mode ou la fantaisie individuelle. C'est d'abord contre ce défaut de choix qu'il faut protester ; c'est aussi contre l'abus et contre le défaut d'entraînement, qui transforment promptement un exercice utile en une source d'accidents.

Il y a des accidents plus spécialement liés à l'abus de certains exercices. Le bicycle peut produire plus spécialement ou réveiller les inflammations articulaires des genoux et des hanches, la psoïte, les typhlites, les ovaro-salpingites, les palpitations Des traumatismes variés se produisent chez les fervents du foot-ball. Le canotage, le patinage entraînent surtout des lésions cardiaques.

Ce qui rend l'abus presque inévitable, c'est la mise en jeu de l'émulation entre enfants

souvent d'âges différents, entre des établissements scolaires rivaux, c'est l'introduction du sport dans les jeux de l'enfance.

A la longue, ces tendances nouvelles ont certainement un retentissement fâcheux sur les études entravées par la préoccupation morale pendant les jours qui précèdent un match ou un lendit et ensuite par la fatigue excessive du lendemain.

Peut-être, enfin, est-il permis de se demander si la faveur extrême qui s'attache de plus en plus, depuis quelques années, aux exercices sportifs ne peut pas aboutir à un déplacement fâcheux de l'idéal des enfants et des jeunes gens. L'idéal des anciens était le culte du corps et de la force physique ; l'idéal moderne doit être le culte de l'esprit. Qu'il soit désirable, autant que possible, de mettre un corps sain au service d'un corps cultivé, cela n'est pas douteux ; mais, pour atteindre ce résultat, il suffit d'exercices modérés et variés, tandis que l'engouement passionné pour tel ou tel sport spécial, consacré par la mode, encouragé et primé par les maîtres de la jeunesse, auquel on assiste risque de n'aboutir qu'à accélérer la décadence morale et intellectuelle de la race, sans la reconstituer physiquement.

Le remède aux abus des exercices sportifs consisterait : 1° à faire examiner chaque enfant par un médecin avant de le laisser se livrer à tel ou tel exercice physique ; 2° s'il y a quelque tare des appareils circulatoires, locomoteur, digestif, ou du système nerveux, à interdire les exercices qui peuvent l'aggraver ; 3° à exiger toujours un entraînement progressif ; 4° à encourager l'exercice, mais à faire la guerre au sport dans les établissements scolaires.

M. Bouchard s'élève aussi contre les concours sportifs qui sont la cause des excès d'exercices physiques. Pendant ces derniers la température du corps s'élève et cette élévation qui va parfois jusqu'à 40, 41°, a parfois des effets immédiats tels que le coup de chaleur. L'hyperthermie des centres nerveux amène la dyspnée que ne peuvent supporter impunément ceux qui présentent des défectuosités du côté du cœur ou du poumon. Une destruction trop considérable des matières constitutives des cellules affaiblit l'organisme qui devient plus accessible aux maladies infectieuses.

Il est absolument faux de dire que l'on remédie à une fatigue intellectuelle par une atigue physique, car celle-ci vient simplement s'ajouter à la première. On doit surveiller les exercices physiques, examiner les enfants qui veulent s'y livrer et le défendre à ceux qui, après une épreuve, présentent 160 pulsations à la minute.

Pour M. de Coubertin, on exagère les dangers des exercices physiques. La statistique anglaise des membres fracturés dans le jeu de foot-ball semble effrayante, mais elle porte sur plus de 30,000 jeunes gens et plus ; il se livre souvent de véritables batailles à l'occasion de ce jeu. L'introduction des exercices physiques dans les lycées est des plus utiles, car la volonté s'y atrophie ou l'intelligence s'y élève ; les excès sont rares et il y aura plus de jeunes gens qui resteront en deçà du nécessaire qu'il n'y en aura qui iront au delà.

M. Salles insiste sur ce fait que les associations athlétiques ne donnent pas de mauvais élèves et affirme que les études ne sont pas entravées par les exercices sportifs.

On devrait, pour M. Alglave, supprimer tous les concours aussi bien au point de vue intellectuel qu'au point de vue physique.

— M. L.-H. Petit insiste sur l'influence fâcheuse des exercices physiques sur le cœur lorsqu'on les pratique trop tôt ou avec trop de violence peu après l'évolution des maladies infectieuses. Ces dernières produisent du côté du cœur des lésions qui peuvent guérir si le convalescent reste dans un repos relatif ; il n'en est pas de même s'il se livre à des exercices fatiguants et il se produit alors des lésions profondes, des insuffisances mitrale ou aortique. Trop fréquemment les exercices physiques entraînent de la

cypho-scoliose et en somme, s'il ne faut pas demander la suppression de ces exercices, on doit les réglementer et ne les permettre qu'à ceux qui peuvent s'y livrer sans danger. Chez les scoliotiques qui ont fréquemment de la dilatation de l'estomac, cette dernière est combattue par la gymnastique médicale.

— M. Bargonié a étudié les réactions électriques des muscles et des nerfs après les grandes épreuves de sport. Il a constaté qu'il n'y a pas augmentation du temps perdu à la suite d'une excitation psodique du muscle. Il y a prédominance très nette de l'excitation négative de fermeture sur l'excitation positive.

De certaines maisons de « massage » à Londres

Le *British Medical Journal* vient de publier un article curieux sur les mœurs de nos pudibonds voisins les Anglais. Il s'agit d' « immoral massage establishments. »

Vif émoi, bien entendu, dans le monde des masseurs et des masseuses de profession, qui réclament à grands cris des certificats et des diplômes justifiant de leur « respectability » autant que de leur compétence.

Le point de départ de ces réclamations est que plusieurs journaux anglais ont pris l'habitude de faire une réclame éhontée pour certains établissements de massage qui ne sont rien autre chose que des façons de « houses of accomodation ».

Une masseuse en possession d'un petit capital s'installe, sans grand bruit, dans un quartier bien fréquenté, et fait appel à une demi-douzaine de jeunes personnes pour lui servir d'*assistantes*.

Le métier n'est pas mauvais : chaque *assistante* reçoit un traitement fixe, mais « elle a la permission d'accepter des gratifications personnelles de la part des *clients* qui payent leur *visite* une ou deux guinées ». Si la jeune personne sait se montrer « agreeable », elle reste attachée à la maison ; si elle fait mine d'avoir quelques scrupules, on la remercie vivement.

Tels sont ces hospitaliers établissements, auxquels les jeunes gens ont coutume de faire souvent le soir des pèlerinages thérapeutiques.

Jusqu'ici, sans doute, rien qui ne rappelle quelques institutions analogues réparties dans toutes les grandes villes du monde. On doit néanmoins blâmer sévèrement ces professionnelles « agreeables » de couvrir leur mode de traitement d'une étiquette qui mérite le respect et la considération.

Mais voilà où vraiment nos voisins peuvent se vanter de faire preuve d'une ingénieuse corruption. Des établissements analogues existent, à l'usage des dames. Un masseur fonde un institut thérapeutique alléchant, sous un nom gravement scientifique, attire autour de lui une élite de jeunes assistants, et l'on voit des dames « de la bonne société » devenir les clientes assidues de l'aimable spécialiste (young and good-looking) ou de ses élèves. C'est devenu, paraît-il, pour certaines « ladyes of position », une mode tout à fait « fashionable ».

La police s'en est émue ; elle a fait quelques descentes dans ces maisons hygiéniques, et l'une des plus connues vient d'être fermée, malgré les certificats d'aptitude signés par des médecins connus, et malgré les récriminations des assistants et des assistantes qui prétendaient être ainsi privées de leur très honorable gagne-pain.

« Beaucoup d'aventures de ce genre, dit le *British Medical Journal*, qui sont parvenues à notre connaissance, sont presque incroyables. Les faits ont été révélés à nous en particulier et à l'autorité compétente ; mais il sera difficile d'obtenir de ces jeunes femmes qu'elles en témoignent en cours d'assises. Notre opinion est que le massage *légitimé* est

trop répandu, et qu'une femme, à moins d'avoir d'autres moyens d'existence, ne peut pas gagner sa vie à Londres par le massage seulement. Nous avons peur que rien ne puisse être tenté pour remédier à cet état de choses, jusqu'au jour où l'on s'apercevra qu'il y a là, à n'en pas douter, un grave danger social.

Il est difficile de ne pas admettre dans une corporation de masseuses une femme qui possède des certificats authentiques signés de praticiens bien connus, et cependant aujourd'hui il faut avouer que dans bien des cas une attestation de ce genre n'est autre qu'un brevet de prostitution. C'est là un état de choses qui peut paraître exagéré. Mais nous ne pouvons pas ne pas ajouter foi aux informations que nous avons puisées aux sources les plus diverses et les mieux autorisées. »

Le même journal anglais propose d'interdire le massage entre sexes différents — et en particulier le massage « général ».

COURRIER

La cérémonie d'inauguration du monument élevé à Valleraugue à la mémoire de Quatrefages a eu lieu la semaine dernière au milieu d'un grand concours des populations cévenoles.

Cette fête était présidée par M. Darboux, doyen de la Faculté des sciences de Paris, délégué du gouvernement.

— Le grand chef du parti tory, le marquis de Salisbury, est haut chancelier de l'Université d'Oxford, dignité qui est conférée par les suffrages du corps académique et dans laquelle il a pour collègue à Cambridge de duc de Devonshire, qui a lui-même eu pour prédéceseur le prince Albert. En cette qualité, il a eu à faire, ces temps derniers, les honneurs de la ville universitaire à l'Association britannique pour l'Avancement des Sciences, qui a tenu cette année sa session sous sa présidence. Son discours sur le darwinisme est le weismannisme a été des plus remarqués.

On a érigé au museum de l'Université d'Oxford une statue de Sydenham. C'est encore lord Salysbury qui présidait.

Cette cérémonie, a dit le président qui a découvert la statue, doit être regardée comme un tardif hommage et un acte de réparation de la part de l'Université et de la profession médicale à la mémoire d'un homme illustre.

Thomas Sydenham n'a pas eu à se louer, en effet, des médecins de son temps. On connaît peu de chose de son histoire, au reste ; on sait qu'il prit ses degrés à Cambridge. Quand il vint à Londres, le collège de médecine le tint à l'écart et jamais il ne put obtenir le titre de *Fellow* de cette compagnie.

Autriche-Hongrie. — La réorganisation du corps de santé sur de nouvelles bases vient d'être arrêtée. Le personnel va être augmenté de 225 unités, en y comprenant les médecins détachés dans le territoire d'occupation de Bosnie-Herzégovine. L'augmentation comprend 1 médecin général, 41 médecins supérieurs, 15 médecins-majors 119 médecins de régiments et 79 premiers médecins ; ces derniers sont assimilés aux premiers lieutenants et correspondent aux aides-majors de l'armée française.

Italie. — Le ministre de la guerre vient de fixer les conditions de taille qui seront exigées à partir du prochain appel. L'uniformité de taille sera notamment pour l'infanterie très supérieure à celle exigée dans presque toutes les autres armées européennes : régiments d'infanterie, de 1^m64 à 1^m65 ; alpins, lanciers, soldats du génie (régiments et train), de l'artillerie de campagne, taille minima de 1^m64 à 1^m65.

— M. Championnière vient de publier une brochure intitulée : *La femme et la bicyclette*,

dans laquelle il s'élève contre l'opinion de beaucoup de ses confrères qui trouvent cet exercice mauvais pour le beau sexe.

Pour ce chirurgien, c'est au contraire une gymnastique idéale et même utile pour certains malades.

On peut lui demander la guérison d'accidents nerveux qui embarrassent tant chez la femme parce qu'on ne sait sous quelle forme lui imposer l'activité musculaire.

« Je connais, dit M. Lucas-Championnière, bon nombre de femmes pour lesquelles j'ai été, directement ou indirectement, cause de leur éducation sportive. Non seulement je n'ai jamais observé les accidents dont nous menaçaient théoriquement ceux qui ne connaissent l'instrument que pour l'avoir aperçu, mais j'ai déjà noté bien des résultats heureux à l'actif de la bicyclette. »

— Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes a choisi Bordeaux comme siège de sa réunion en 1895.

M. Joffroy a été élu président pour 1895, avec M. Régis, de Bordeaux, comme secrétaire général.

La réunion de Bordeaux est la sixième.

La première a eu lieu à Rouen en 1890. Puis les Congrès se sont tenus à Lyon, à Blois et à la Rochelle.

— Le docteur Galezowski, appelé en Perse pour donner ses soins au Shah Naser-ed Dine et à son fils aîné, a reçu du souverain la mission officielle de créer à Téhéran un service d'oculistique.

Les conditions principales de réalisation de ce projet viennent d'être arrêtées entre le général Nazare agha, ministre de Perse à Paris, et M. Galezowski, qui déléguera là-bas un de ses élèves.

Hopital Saint-Louis. — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu.* — Nsus rappelons que M. le Dr G. Thibierge, médecin du Bureau central, fera pendant les mois d'août et septembre 1894, dans le service de M. le Dr E. Besnier, des leçons sur les maladies du cuir chevelu.

Le mercredi à 4 heures, leçons théorique avec présentatiou de malades à la salle des conférences du musée (la première leçon aura lieu le lundi 6 août).

Le mercredi, à 9 heures, traitement des affectious du cuir chevelu, au Laboratoire Alibert.

Le mardi, à 9 heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés' électrolyse, etc..), au laboratoire Alibert.

Le vendredi, à 9 heures, consultation externe, salle de consultations, 38, rue Bichat.

Le samedi, à 9 heures et demie, leçon clinique sur les malades du service (Salles Alibert et Devergie).

Concours d'agrégation. — Le nombre des places pour le prochain concours est élevé de cinquante à cinquante et une. La nouvelle place est comprise dans la section de physiologie et réservée à la Faculté de Montpellier.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale. — II. Revue de la presse parisienne. — III. Bibliothèque. — IV. Thérapeutique appliquée. — V. Courrier.

REVUE GÉNÉRALE

—

Variole et vaccine (1)

II

La variole et la vaccine sont-elles deux maladies différentes ou s'agit-il de la même maladie ?

Cette question à donné lieu à des travaux très nombreux et actuellement les dualistes et les unicistes continuent à publier les résultats d'expériences qui, bien qu'ingénieusement conduites, n'entraînent pas la conviction.

Les premiers essais de variolisation chez la vache remontent à 1807. Vinrent ensuite les recherches de Reiter, Thiel, Ceely, puis plus récemment celles de Voigt, de Fischer, d'Eternod, Haccius, Juhel-Renoy, etc.

Thiel inocula la variole à des vaches et obtint des pustules avec le contenu desquelles il vaccina des enfants avec succès ; à la dizième génération le vaccin ne provoquait jamais d'accidents. Pour Thiel, le vaccin cow-pox est communiqué à la vache par le transfert de la variole humaine et la maladie ainsi obtenue se transmet de la vache à l'homme en communiquant à ce dernier une maladie identique mais à forme légère, qui le met à l'abri de la variole

Des expériences de Ceely, Putnasse, Badiock vinrent confirmer celle de Thiel, cependant en 1865 une commission réunie à Lyon sous la présidence de M. Chauveau, arriva aux conclusions suivantes : La vaccine transmise de l'homme aux animaux donne toujours le cow-pox chez la vache et le horsepox chez le cheval; au contraire, la variole transmise expérimentalement de l'homme au cheval a donné une éruption qui n'est pas le cow-pox; elle est si peu le cow pox que, inoculée à des enfants, elle leur a donné la variole avec toute sa gravité et non pas la vaccine ; aussi la vaccine préserve de la variole, sans être la variole ; elle reste toujours une maladie localisée aux points d'inoculation, une maladie essentiellement bénigne.

En 1884, Pfeiffer a soutenu que la vaccine n'était qu'une variole atténuée dont le microorganisme s'affaiblissait en passant de l'homme à l'homme, tandis qu'il conservait sa force en passant par la génisse.

Voigt, dès 1881, avait vu une pustule vaccinale se développer chez un veau à la place où avait été inoculée de la variole humaine. La lymphe de cette pustule fut propagée de veau à veau et dans les premières années elle surpassait de beaucoup, comme virulence, le vaccin employé à Hambourg

(1) Fin. Voyez *Union médicale* du 18 août 1894.

jusqu'alors ; cette lymphe se comportait toujours exactement comme la vaccine.

Les expériences remarquables de Fischer datent de 1886. Il inocula du pus variolique à un veau et obtint, le 6e jour, des pustules vaccinales très belles, ombiliquées et ayant tout à fait l'aspect de pustules vaccinales typiques. Cette souche fut inoculée de veau à veau pendant 12 générations et quelques enfants furent alors inoculés. Les pustules obtenues ne différaient absolument pas par leur aspect des pustules obtenues par l'inoculation de vaccine animale ordinaire et leur évolution fut parfaitement normale. Une seconde expérience donna aussi les mêmes résultats.

Berthet, Warlomont n'ont pu transformer la variole en vaccine et leurs résultats concordèreut avec ceux de la commission lyonnaise.

Eternod et Haccius ont eu recours à la vaccination en surface ou par scarification et surtout par dénudation. Ils usent au moyen de papier de verre, la peau de l'animal sur une étendue de plusieurs centimètres carrés après avoir lavé et rasé la place en expérience et frictionnent la surface dénudée au moyen d'une spatule *ad hoc* chargée de virus. Ce procédé réussit à coup sûr. A la première génération, d'après Eternod et Haccius, il se produit une éruption locale accompagnée de pustules spontanées d'aspect un peu fruste. Au bout de la 2e a la 3e génération la pustulation tend à devenir typique en prenant de plus en plus les caractères et la marche de l'éruption vaccinale. Tous les animaux inoculés de variole sont réfractaires au vaccin sauf quand les deux inoculations sont faites simultanément. Voici les conclusions d'Eternod et Haccius : 1° La variole est inoculable à coup sûr à l'espèce bovine, quand le mode opératoire est bon et que la récolte du virus est faite en temps opportun. 2° L'inoculation de la variole au veau constitue une source précieuse de souches nouvelles pour le vaccin animal. Ceci peut avoir une grande portée pratique, non seulement pour les instituts vaccinaux d'Europe, mais aussi dans les pays chauds, où la variole est facilement endémique et où les générations de vaccin tendent à s'abâtardir rapidement. 3° La variole, inoculée au veau, se transforme en vaccine au bout de quelques générations, par son passage dans cet animal. Il n'y a donc pas dualité.

Chauveau (1891) a contesté toutes les expériences précédentes ; il a inoculé une vache laitière avec de la lymphe de Haccius et Eternod (7e passage sur le veau) et n'a obtenu que des papulo-pustules non ombiliquées qui avaient complètement disparu le 11e jour.

Inoculé à une autre vache le liquide de ces éléments produisit des papules qui étaient flétries le 4e jour.

Fischer dans un second travail, a maintenu ses conclusions : sur l'animal, les inoculations de variole ont donné deux fois des vésicules bien formées et ombiliquées, c'est-à-dire des pustules typiques (et non des nodules-papules, Chauveau), telles qu'on ne les rencontre que dans la vaccine. Depuis lors la souche ne s'est pas éteinte, mais la propagation a été également typique et localisée ; sur l'homme la lymphe variolo-vaccinale, après avoir été cultivée par le passage à travers au moins 3 générations de génisses, a donné lieu également à une vaccine bénigne localisée, avec pustules caractéristiques ; elle a été inoculée depuis avec succès à plusieurs miiliers de personnes et n'a jamais provoqué d'éruptions générales ni de

phénomènes rappelant son origine variolique ; ces expériences démontrent donc, d'une manière péremptoire, que la variole humaine, par son inoculation à l'espèce bovine se transforme en vaccine, et que les deux virus sont par conséquent identiques.

Il nous faut encore citer les expériences de Hime (1892), celles de Lop. Ce dernier a fait usage d'un variolo-vaccin qui lui avait été fourni par Fischer et a vacciné à peu près 100 enfants et 80 femmes ; il a obtenu des pustules caractéristiques et nettement ombiliquées ; toujours l'état général est demeuré excellent.

D'après Juhel-Renoy et Dupuy, la variole est inoculable aux bovidés, mais non dans tous les cas ; la variole avorte chez les bovidés variolés avec succès. Elle réussit chez les bovidés variolés sans succès ou vaccinés trop hâtivement après variolation ; la variolation des bovidés se traduit par une papulation spécifique non constante, du reste jamais comparable à une pustulation vaccinale. La variole cultivée sur les bovidés s'éteint rapidement (après une ou deux générations) ; l'âge de l'animal, l'âge et la virulence du virus inoculé, les procédés d'inoculation, les voies diverses d'introduction de l'élément variolique n'ont aucune influence sur la transformation de la variole en vaccine par l'organisme du bœuf ; l'hypothèse de l'identité de la vaccine et de la variole, quoique très séduisante, n'est pas encore démontrée.

L'inoculation, dans les expériences de Juhel-Renoy et Dupuy, poursuivies à Aubervilliers a été faite par piqûres, par scarification et par plaques dénudées. Ces expériences ont été l'objet d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux. Dans cette discussion Hervieux a émis l'opinion que Fischer avait découvert un nouveau virus atténué, ce que contredit la lecture du mémoire de Fischer, qui a eu certainement affaire à la vaccine. Chantemesse a fait remarquer que la race des animaux qui n'est pas toujours la même pourrait être une des causes des résultats dissemblables obtenus. Antony a aussi constaté que la réceptivité des animaux pour le virus varioleux variait beaucoup.

Pour Ducamp et Pourquier, les expériences de Fischer, d'Haccius et de Hemel ne sont pas démonstratives, à cause de l'absence de mesures antiseptique après l'inoculation, d'ou possibilité de contamination accidentelle par le germe du cow-pox et du horse-pox qui doit vivre dans l'eau, le sol et le fourrage. Ils critiquent aussi les expériences de Voigt qui a inoculé sur le même animal la variole et la vaccine et il n'est pas démontré, pour eux, que la vaccine n'a pas été accidentellement transportée sur la plaie variolique et qu'elle n'était pas due à un tranfert du germe vaccinique par la circulation sanguine jusqu'a la place inoculée avec la variole. En opérant avec toute l'antisepsie désirable, aussi bien pendant qu'après les inoculations, Ducamp et Pourquier ont eu les inoculations varioliques donnant le 1er jour une papule qui s'est élargie du 4e au 5e jour et qui s'est affaissée le 6e pour disparaître le 7e ; l'animal ainsi inoculé est devenu réfractaire au cow-pox. Ces auteurs donnent le tableau suivant, résumant les différences de l'évolution des inoculations vaccinales et varioliques.

INOCULATIONS PAR SCARIFICATION A LA GÉNISSE

Vaccine	Variole
1er Jour — Inoculation.	
3e Jour	
On constate autour des scarifications un léger bourrelet d'une teinte rosée. Après le lavage on constate un fin liseré brillant courant parallèlement de chaque côté de la scarification. Apyrexie.	Comme vaccine.
4e Jour	
La teinte rosée du bourrelet s'est élargie ainsi que le liseré qui devient nacré ; la largeur de l'éruption a 2 millimètres ; elle est nettement ombiliquée. Apyrexie.	La teinte rosée du bourrelet s'est élargie, le liseré brillant reste stationnaire, il n'existe pas de liseré nacré. Les scarifications dominent l'élevure au lieu de constituer une ombilication. Apyrexie.
5e Jour	
Le liseré nacré mesure 3 millimètres de large, il est entouré d'une légère teinte rosée, l'ombilication est plus accentuée. T. m. 39°, 5, s. 39, 7.	La teinte rosée du bourrelet prend une couleur légèrement vineuse ; pas d'ombilication, pas de liséré nacré. Apyrexie.
6e Jour	
Le liseré nacré mesure 4 millimètres de large. T. m. 39° 8, s. 40°.	L'éruption a une tendance à la régression. Apyrexie.
7e Jour	
Le liseré nacré mesure 5 millimètres ; ombilication toujours très nette. T. m. 40°, s. 40°.	Le lavage est nécessaire pour faire apparaître la saillie des scarifications ainsi que la teinte rosée. Apyrexie.
8e Jour	
L'éruption mesure 7 millimètres de large ; l'ombilication est d'une teinte légèrement bistrée. T. m. 39° 5, s. 39°, 5.	Sous le lavage les points d'inoculation sont à peine sensibles. Apyrexie.
9e Jour	
L'éruption est superbe, elle s'est encore élargie, le bourrelet nacré entoure une ombilication très large.	Disparition à peu près complète de l'éruption.

La théorie de l'identité de la variole et de la vaccine permet de comprendre l'immunité donnée par cette dernière en s'appuyant sur les théories pastoriennes, tandis que l'explication de cette immunité devient plus difficile en cas de dualité. Il est vrai que Pasteur a démontré qu'en inoculant une poule avec le choléra atténué on ne peut plus l'infecter par le charbon quand on la refroidit et que l'on a pu rendre le lapin réfractaire au charbon en lui inoculant le virus de l'érysipèle, mais dans ces expériences les deux inoculations doivent être très rapprochées l'une de l'autre et on peut admettre qu'il y a simplement concurrence vitale entre deux micro-organismes.

En fait, il est établi, d'une part, que l'inoculation de la variole à l'animal produit très souvent la variole qui reste telle (Chauveau) ; d'autre part, que les expériences dans lesquelles il semble qu'il y ait eu transformation de la variole en vaccine, sont passibles de certaines objections. On doit donc,

comme le conseillent Pourquier et Ducamp, instituer de nouvelles expériences en s'entourant de précautions telles que toute contestation soit impossible, en opérant dans des conditions indiscutables d'asepsie et avec occlusion du champ expérimental pendant toute la durée de la période d'observation. Si on voit alors la variole se transformer en vaccine, il y aura lieu de fixer les conditions dans lesquelles se fait la transformation. Actuellement, l'identité des deux maladie n'est pas prouvée.

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

MEDECINE

Depuis Williams, on savait que, dans la pneumonie du sommet, une percussion attentive et méthodique permettait de constater souvent un son tympanique au niveau même du bloc hépatisé. Ce fait était peu connu avant lui; il l'est encore peu aujourd'hui. Toute l'attention s'était portée sur le tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie de la base bien mis en lumière par le professeur Bernheim (de Nancy) et dont ce maître avait donné une explication physique rationnelle. Quelle pouvait être l'explication du tympanisme au niveau du poumon hépatisé dans la pneumonie du sommet ? C'est ce point encore obscur que le professeur agrégé Simon (de Nancy) s'est attaché à mettre en relief. (*Revue de médecine*, juillet 1894.)

L'opinion généralement admise c'est que ce tympanisme résulte de la résonnance des colonnes d'air des grosses bronches de la trachée et du larynx. M Simon pense que cette interprétation, acceptable pour certains cas, ne saurait être étendue à tous.

En effet, si la théorie précédente était absolue, le son tympanique devrait s'entendre surtout au voisinage de la trachée et des grosses bronches, c'est-à-dire à la partie antérieure et interne du thorax. Or il n'en est pas toujours ainsi. Enfin, la hauteur du son tympanique ne varie pas toujours suivant l'ouverture ou la fermeture de la bouche, ce qui constitue la caractéristique du ton trachéal.

Banniler pense que le son tympanique est dû à une résonnance de l'air contenu dans les viscères abdominaux, l'estomac à gauche, le côlon à droite. On a dit aussi que le tympanisme est dû à la résonnance de l'air contenu dans les divisions bronchiques du lobe hépatisé ; mais l'injection d'une substance solidifiable dans la bronche supérieure d'un poumon sain n'empêche pas la production d'un son tympanique bien que les rameaux bronchiques soient entièrement privés d'air.

S'appuyant sur l'expérimentation, M. Simon admet « que la résonnance tympanique au niveau de l'hépatisation dans la pneumonie du sommet n'est pas due aux qualités acoustiques du poumon hépatisé lui-même, ni aux vibrations de l'air contenu dans les bronches qui le traversent, qu'il peut résulter parfois de la transmission des vibrations sonores à l'air contenu dans les grosses bronches et la trachée, mais que le plus souvent, selon toutes apparences, il est le résultat de l'entrée en vibration de l'air contenu soit dans les lobes sous-jacents relâchés par le fait de l'augmentation de volume du lobe hépatisé, soit dans les parties restées indemnes et également relâchées du lobe hépatisé lui-même »

— L'épidémie de typhus qui a sévi à Lille l'année dernière a permis à M. Combemale, chargé du service d'isolement, de faire une étude précise des principaux caractères de l'affection.

On sait combien les maladies infectieuses varient dans leurs formes cliniques suivant les individus qu'elles atteignent. Après avoir montré dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* (94) les allures du typhus chez les enfants, le professeur de

Lille étudie (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 juillet 1894) la maladie chez le vieillard.

Et d'abord le vieillard peut contracter le typhus et dans la même proportion que l'adulte.

Cliniquement, le vieillard peut faire sa maladie comme l'adulte, mais le fait est rare. En raison de l'usure de son organisme, en raison des taxes organiques accumulées depuis son enfance sur un point ou sur un autre des différents appareils, le typhus pourra se localiser sur ces points de moindre résistance et donner à la maladie des formes particulières.

La forme pulmonaire est fréquente : elle se traduit par des congestions intenses amenant la mort du malade par asphyxie : les deux cas rapportés par l'auteur ont trait à deux hommes atteints antérieurement d'emphysème et de bronchite chronique.

Très fréquente aussi est la forme cardiaque. C'est au cœur qu'est le danger dans le typhus et « chez le vieillard ce danger est plus grand encore ».

M. Combemale ne se croit pas autorisé à décrire une forme rénale de la maladie, mais se contente de signaler la gravité qu'apporte au pronostic l'existence d'un rein sénile

Enfin, dans deux cas, le système nerveux a été suffisamment touché par l'agent infectieux pour réaliser une véritable forme ataxo-adynamique. Quant au pronostic, il est excessivement grave, 85 0/0 environ de mortalité : il l'est toutefois un peu moins pour la femme que pour l'homme.

BIBLIOTHÈQUE

L'Hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses, par L.-Gustave Richelot, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Paris, 1894, Octave Doin, éditeur.

C'est une œuvre toute personnelle que M. Richelot vient de livrer à la publicité ; elle est excellente, écrite en un style d'une facilité et d'une élégance remarquables, avec une conviction sincère, tirée d'une longue expérience ; elle mérite de prendre place dans la bibliothèque de tous ceux que la chirurgie des organes génitaux de la femme intéresse.

L'auteur ne craint pas de dire la vérité, il a bien raison. Il gourmande un peu les jeunes trop pressés d'écrire, après un ou deux succès, sur une méthode qu'ils jugent à grand renfort de statistiques, ajoutant que « c'est quand on a beaucoup vu qu'on apprécie tout ce qu'il faut encore apprendre »; stigmatise les chirurgiens qui font abus des opérations et critique, avec une égale vigueur, les abstentionnistes qui laissent s'aggraver des lésions bientôt incurables. Tout cela est fait avec mesure, dans les meilleurs termes.

Nous analyserons avec soin les principaux chapitres de l'*hystérectomie vaginale* sans suivre absolument le plan de l'ouvrage, mais en nous en rapprochant le plus que nous pourrons.

Tout d'abord M. Richelot étudie l'*hystérectomie vaginale contre le cancer*. Dans une première période qui s'étend de l'année 1885 au mois d'octobre 1888, alors que Verneuil s'éleva contre l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus, période de tâtonnement pour ainsi dire, le chirurgien de Saint-Louis a fait 24 opérations avec 9 morts ; des 15 malades survivantes, 8 avaient déjà des signes de propagation lors de l'intervention, il en restait 7 sur lesquelles on pouvait fonder quelque espoir ; or, 4 morts sont survenues entre 6 et 18 mois, une autre au bout de 6 ans, 2 autres malades vivent sans récidive depuis 7 ans. Ces résultats ne sont pas nuls, ils ont encouragé l'opérateur, d'où une

deuxième série d'hystérectomies vaginales, après deux amputations sus-vaginales avec récidive plus ou moins rapide.

Cette seconde série comprend 44 cas. Il y a eu 3 morts chez des malades opérées dans de mauvaises conditions, elles ont eu lieu au 5e, 8e, 9e jour ; une autre mort est survenue, après 2 mois, à la suite de la réparation intempestive d'une fistule urinaire, 3 malades n'ont pu être retrouvées, il y a enfin 2 diagnostics douteux.

Restent 35 cas. Quelles sont les suites éloignées de l'intervention ? C'est là le point le plus intéressant.

Sur ces 35 cas, il y a 10 continuations ; l'intervention a démontré ici que le cancer était infiltré dans les organes voisins, le mal a donc continué à évoluer, l'hystérectomie vaginale n'a eu d'autre valeur que celle des opérations palliatives dirigées contre les cancers envahissants.

Restent donc 25 malades de la deuxième série auxquelles M. Richelot en ajoute 3 autres de la première série dont la survie est intéressante, soit 28 cas qui donnent 11 récidives et 17 malades encore vivantes et sans récidive.

Les récidives se sont produites de 5 ans et demi à 3 ou 4 mois après l'intervention.

Des 17 malades encore vivantes et sans récidive, l'une reste guérie depuis 7 ans et 3 mois, une autre depuis 6 ans et 10 mois, une troisième depuis 4 ans et 1 mois, 3 autres depuis plus de 3 ans, 3 autres encore depuis plus de 2 ans, etc. M. Richelot cite des faits de longue survie empruntés à Reverdin (de Genève), Ott (de Saint-Pétersbourg), à Olshansen, à Terrier, à Bouilly ; nul ne lui contestera qu'on puisse parler de succès thérapeutique à partir de 6 mois révolus sans récidive après l'opération, aussi, concluons-nous avec lui, que le cancer de l'utérus n'est pas plus mauvais que celui du sein, qu'il est beaucoup moins désespérant que celui de la langue, que le mieux qu'on ait trouvé pour le traiter c'est l'hystérectomie vaginale et que sa cause mérite d'être plaidée.

Il y a bien quelques accidents opératoires : une perforation de la vessie, une blessure du rectum, ces plaies se réparent facilement séance tenante, si une fistule se rencontre, malgré tout, il faut savoir attendre avant d'en entreprendre la cure.

Nous ne saurions laisser de côté une remarque importante, c'est la formation de fistules urinaires qui se montrent quelque temps après l'intervention, elles résultent de la chute d'une petite escharre de la vessie ; les pinces ne sauraient être accusées de ce méfait, on les a vues après les hystérectomies faites sans pinces où la ligature seule a été employée. Ces fistules ne sont point spéciales aux hystérectomies pour cancer, on les a observées à la suite de l'extirpation faite pour des suppurations pelviennes, etc. Elles ont un pronostic favorable, guérissent presque toujours d'elles-mêmes, sinon il faut encore savoir attendre avant de les réparer.

Un chapitre de haute importance est consacré aux *suppurations pelviennes*. M. Richelot sur 61 opérations a eu 56 guérisons, 5 morts. Ici, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix : « elle permet d'attaquer les foyers pelviens à leur partie déclive, de les ouvrir en dehors du péritoine et sans contaminer la séreuse.

Elle permet de les aborder directement, sans les rechercher, au milieu d'adhérences multiples, de les voir et de les traiter complètement. Elle permet enfin ou de les enlever quand ils s'y prêtent, ou de les évacuer seulement et d'assister à leur prompte guérison..... Les observations démontrent qu'après l'hystérectomie l'ablation totale des annexes n'est pas nécessaire pour avoir une franche guérison..... dans tous les cas, il n'y a pas de longs drainages et de longues suppurations.

L'incision vaginale simple, dans les suppurations pelviennes ne doit pas être mise en parallèle avec l'hystérectomie vaginale, « elle ne suffit pas à tout et ne doit pas être

vantée à l'excès, mais elle reste une bonne méthode, à titre provisoire ou définitif, quand nous sommes invités à la mettre en usage par la saillie fluctuante des culs-de-sac, ou retenus d'agir plus radicalement par certaines considérations : l'âge des malades, le doute sur la lésion bilatérale, la faiblesse extrême, le désir d'aller au plus pressé, l'acuité des symptômes et la virulence probable du pus, l'étendue et la disposition dangereuse de la nappe purulente ; enfin, et j'insiste beaucoup sur ce point, la date peu éloignée de l'accouchement et la friabilité de l'utérus. »

Les suites éloignées de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes sont excellentes chez toutes les opérées qui ont pu être suivies, la guérison a été franche et durable et cela même quand le fond de l'utérus n'a pu être enlevé.

L'auteur rapproche des suppurations pelviennes une forme dans laquelle il n'y a pas de pus, mais où, à la suite de plusieurs poussées inflammatoires et de longues souffrances, on trouve le petit bassin rempli de masses épaisses au milieu desquelles l'utérus est pris comme dans du mastic, « *c'est un véritable processus fibreux* qui envahit la cavité pelvienne. » Dans 7 cas où l'hystérectomie vaginale a été faite dans de pareilles conditions, M. Richelot a eu 7 succès.

« Bref, les grandes suppurations et les adhérences compliquées sont l'écueil de la laparotomie et le triomphe de l'hystérectomie vaginale, mais pour le savoir il faut en avoir fait l'expérience complète, c'est-à-dire avoir pratiqué les deux méthodes et pouvoir les comparer entre elles autrement que par un effort d'imagination. »

En cas de pyo-salpingites énucléables, le chirurgien de Saint-Louis préfère encore l'hystérectomie à la laparotomie, car par la première on évite sûrement la souillure du péritoine.

S'agit-il de lésions non suppuratives parenchimateuses, hydropiques, etc., également énucléables, le danger d'infection du péritoine étant réduit au minimum, il semble que les deux opérations laparotomie, hystérectomie, aient un égal mérite ; M. Richelot se prononce cependant encore pour l'hystérectomie vaginale ; car, avec elles, « les suites éloignées sont plus constamment bonnes, les guérisons plus franches. » Il a d'ailleurs un gros argument en faveur de son opération préférée, puisqu'il a été conduit à pratiquer vingt hystérectomies vaginales secondaires, c'est-à-dire après la laparotomie, parce que l'utérus était resté malade bien qu'il ne présentât pas toujours de lésions appréciables pour expliquer des hémorrhagies persistantes. Or, à l'exception d'une morphinomane, dont l'exemple ne peut servir d'argument, la suppression de l'utérus a toujours amené la guérison complète. C'est là un fait clinique dont il est impossible de nier l'importance.

Quelles sont donc les indications de la laparotomie dans les lésions inflammatoires ? « Elle est obligatoire si la lésion bilatérale n'est pas démontrée et si la femme est jeune. » Dans cas, s'il y a l'ombre d'un doute, il faut tenter la conservation ; l'incision exploratrice du cul de sac de Douglas ne peut permettre de reconnaître exactement l'état du tissu ovarien ou la perméabilité de la trompe. « Ayons donc recours à la laparotomie « opération de contrôle » qui permet de saisir les moindres chances favorables et d'éviter sûrement les sacrifices inutiles. » D'ailleurs « le doute sur la lésion bilatérale n'existe pas aussi souvent que le disent les adversaires de l'hystérectomie. »

Au sujet des hématosalpinx qui par leur rupture deviennent des hématocèles pelviennes, M. Richelot est bref et dit : « Ici je ne saurais montrer une préférence bien marquée, toutes mes laparotomie pour grandes tumeurs hématiques m'ont donné de bons résultats. »

Arrivons maintenant aux *névralgies pelviennes*, question pour ainsi dire personnelle au chirurgien dont nous analysons l'excellent travail.

L'auteur désigne sous le nom de *névralgies pelviennes* : « Les phénomènes douloureux graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion bien définie et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué. » « Mon intention formelle, écrit-il, est de laisser de côté l'hystérie vraie à grandes attaques, sans localisation douloureuse dans le petit bassin. »

« Le propre des grandes névralgies est d'être mal localisées, elles peuvent prédominer quelque part et l'ovaire gauche ne perd pas ses droits, mais elles sont partout à la fois et surtout pendant les crises... Pour que j'admette une grande névralgie pelvienne il faut d'abord que l'examen local soit resté négatif. Il y a, sauf de rares accalmies, une exquise sensibilité au toucher du col et des culs-de-sac, au palper bimanuel du corps, aux mouvements imprimés à l'utérus. La pression sur les fosses iliaques est aussi très douloureuse et souvent la paroi abdominale se laisse à peine effleurer. »

Quels sont les caractères de la douleur spontanée ?

C'est d'abord son intensité, les malades souffrent terriblement tous les jours, avec des redoublements et des crises, crises désignées sous le nom de péritonite, de phlegmon du ligament large, etc. ; c'est en second lieu sa durée fort longue qui date de 2, 5, 10, 13, 20 ans. Jamais, dit M. Richelot, il ne m'est venu à l'esprit d'opérer des femmes qui souffraient depuis 6 mois, ni même depuis un an, ni de penser qu'une extirpation d'organes fut alors nécessaire. Enfin, l'incurabilité reconnue, les malades ayant épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

« On m'a dit à la Société de chirurgie, qu'après les médullaires, les hypochondriaques et les aliénées il ne restait plus, pour souffrir du ventre, que les hystériques. Mes contradicteurs à la Société de chirurgie oubliaient tout bonnement l'arthritisme ; *les femmes qui ont de grandes névralgies pelviennes sont des arthritiques nerveuses.* »

« Aux arthritiques pures, les guérisons franches ; aux vraies hystériques les résultats nuls, incomplets, temporaires, les récidives ; aux formes intermédiaires, aux faits de passage, les retours atténués, les petites douleurs persistantes qui sont encore des guérisons. Cette formule n'est pas d'une exactitude parfaite, car les retours atténués peuvent se voir dans toutes les catégories, et, d'autre part, il n'est pas vrai que toute opération chez une hystérique soit frappée d'impuissance. »

Une grosse objection faite à M. Richelot, c'est que dans un certain nombre de cas de névralgies pelviennes, on a trouvé de petites lésions, légères adhérences de la trompe aux organes voisins, sur l'ovaire, une petite bosselure transparente et quelques sillons, c'était l'ovaire scléro-kystique, on a rencontré des ovaires polykystiques ; la névralgie dans ces cas avait donc un substratum anatomique. Or, l'auteur n'est pas convaincu que l'ovaire polykystique soit par lui-même très douloureux, et il conclue ainsi : « Certaines lésions petites, mais réelles et indiscutables, accompagnent la névralgie mais ne la créent pas et ne sont pour l'opérateur que des prétextes. »

M. Richelot a fait 17 hystérectomies vaginales pour névralgies pelviennes, il a eu 2 morts, l'une au deuxième jour par collapsus, chez une femme *in extremis*, l'autre au sixième jour chez une femme, malade depuis 7 ans, dont le système nerveux était épuisé ; 15 guérisons qui ne se sont pas démenties.

« Dans les névralgies pelviennes la laparotomie peut réussir, mais les opérations partielles, y compris la castration double, sont celles qui ont le plus de chance de manquer leur but. »

Sur 43 cas de *fibromes* opérés par la voie vaginale, M. Richelot n'a eu qu'un insuccès, dû à une faute post opératoire : les tampons, qui ne doivent être retirés qu'au sixième jour au plus tôt, furent enlevés dans ce cas malheureux au quatrième jour. Les adhérences péritonéales n'étaient pas complètes et un peu de liqueur de Van Swieten péné-

tra dans l'abdomen, c'est à cette circonstance que l'auteur attribue la mort de son opérée.

En ce qui concerne le prolapsus de l'utérus, M. Richelot rappelle que ce n'est pas l'utérus qui pousse le vagin dehors, mais que c'est le vagin qui se déroule et attire l'utérus.

Si l'utérus est petit, la colporrhaphie est le traitement de choix, on y joindra l'amputation sus-vaginale si l'hypertrophie du col donne à penser que le volume et le poids de l'organe pourront favoriser la récidive ; si l'utérus est volumineux, pesant, hémorrhagique, on peut faire l'hystérectomie, mais il faut savoir que cette opération n'est qu'accessoire, qu'il faut encore la faire suivre d'une anaplastie vaginale immédiate, et c'est ainsi que, de gré ou de force, on en revient toujours à la colporrhaphie dans le traitement du prolapsus de l'utérus.

A signaler encore dans l'ouvrage que nous analysons des pages intéressantes sur les rétroversions compliquées, les petites lésions des annexes.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie est étudié avec le plus grand soin. Après avoir décrit sommairement l'outillage, assez simple d'ailleurs, nécessaire au chirurgien, M. Richelot dit : « J'ai trois opérations à décrire, trois espèces d'utérus pouvant réclamer l'hystérectomie vaginale :

1° Les utérus mobiles parmi lesquels se rangent les cancers limités, à titre exceptionnel les utérus névralgiques, certaines métrites rebelles, certains prolapsus ;

2° Les utérus adhérents comprenant les grosses lésions des annexes, les suppurations pelviennes ;

3° Les utérus fibromateux, quand le siège ou le nombre des tumeurs rend nécessaire une extirpation totale et quand la masse n'est pas trop volumineuse pour être enlevée par les voies naturelles.

Chacun des paragraphes ci-dessus indiqués, se refuse à l'analyse, il n'y a pas un mot qui ne devrait être cité, je me bornerai à signaler quelques points.

Pour les utérus mobiles, M. Richelot a adopté la bascule en arrière, il trouve bonne, dans certains cas, la section médiane de Muller et n'a que des éloges à adresser à l'hémisection médiane de Doyen. En ce qui touche les utérus adhérents, c'est vers l'utérine que doivent tendre les premiers efforts, toujours dans toutes les opérations par morcellement c'est la première étape à franchir, après quoi on entreprend le morcellement qui est toujours d'une difficulté extrême dans les cas d'utérus adhérents. Le débridement vulvaire est une violence inutile. Autre remarque des plus importantes touchant les utérus fibromateux. « Tel chirurgien attribue à l'hystérectomie vaginale toutes les tumeurs qui ne dépassent pas l'ombilic, mais l'indication ne ressort pas uniquement du volume, elle dépend aussi du siège de la tumeur et de son degré de mobilité à dimensions égales, les unes couvrent le segment inférieur et s'enclavent dans le petit bassin ou font basculer la matrice en arrière et saillir le cul-de-sac de Douglas, les autres se développent tout entiers au-dessous du détroit supérieur et semblent soulever l'utérus. *Aux premiers, la voie vaginale* ; *aux seconds, la laparotomie.* »

Enfin n'oublions pas que l'hystérectomie ne donne pas de guérisons aussi rapides que l'incision sus-pubienne, en ce sens que la plaie vaginale met du temps à se cicatriser. M. Richelot n'oublie pas de signaler ce petit point et nous dit qu'il faut deux mois environ pour que la cicatrisation vaginale soit achevée.

Nous avons essayé de donner une idée de l'œuvre de M. Richelot et pour qu'elle soit aussi exacte que possible, nous avons pris soin de laisser parler l'auteur lui-même.

Le livre de l'éminent chirurgien est, en somme, un chaud plaidoyer en faveur de l'hystérectomie vaginale, il est appuyé sur 274 interventions et la mortalité n'est que de

5 pour 100. Si on considère la gravité des lésions qui indiquent l'emploi de la méthode, on avouera que cette mortalité est bien faiblè, et que c'est là le meilleur argument en faveur de l'hystérectomie vaginale qui vient d'avoir la bonne fortune de trouver un avocat aussi éclairé aussi sincère que M. Richelot.

A. Demoulin.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement médical de la névralgie du Trijumeau

Les névralgies faciales, en dehors des conditions étiologiques générales aux névralgies, peuvent dépendre de la carie dentaire, d'une évolution de la dent de sagesse, des productions osseuses qui se forment dans les alvéoles après l'ablation des dents, d'un abcès du sinus ou d'un cancer du maxillaire ; d'autres fois, au contraire, il faut chercher du côté de l'œil et l'on devra toujours songer au glauco-vase. L'impaladium, la syphilis seront la source d'indications spéciales. Nous n'insisterons pas sur l'emploi de l'antipyrine, de la morphine, du chloral, etc. ; ce sont là des agents médicamenteux qui conviennent à toutes les névralgies. On a recommandé l'acocitine cristalisée spécialement dans les névralgies C'est ainsi que Dujardin-Beaumetz recommande de donner un demi-milligramme d'aconitine cristallisée de Duquesnel toutes les 4 heures. A notre avis, c'est là un médicament dangereux ; jamais il ne faudra dépasser la dose de 1 milligramme dans les 24 heures, et on devra fractionner cette dose en additionnant les formules de 1/10 de mercure, ou mieux, en formulant une potion dont chaque cuillerée contiendra cette quantité du médicament. L'arhtzmie cardiaque, la parésie linguale, un peu de torpeur indiqueront la suspension immédiate du médicament.

Féreol a recommandé le sulfate de cuivre ammoniacal :

Sulfate de cuivre ammoniacal.............	2 cent.
Sous-nitrate de bismuth..................	25 —

Pour 1 cachet, 5 par jour de préférence aux momeuts des repas.

Ou :

Eau distiillée..........................	200 gr.
Sp. de fleurs d'oranger..................	30 —
Sulfate de cuivre ammoniacal.............	0 — 15

A prendre dans les 24 heures.

Hirschkren a obtenu des succès qu'il qualifie d'éclatants, avec la mixture suivante :

Chlorol hydraté................. }	ââ 5 gr.
Bromure de potassium.........., }	
Extrait d'oscianine............ }	ââ 0 gr. 04.
— de chanvre indien...... }	
— aromatique q. v. pour boire	25 gr.

A prendre 2 cuillerées à café par jour.

L'électricité est recommandée par les spécialistes. Le mieux, d'après quelques-uns, est de faire de l'électro-pancture en enfonçant au voisinage des filets nerveux et même dans ces filets, des aiguilles analogues à celles qui servent au traitement des nesvi. Hert a vanté beaucoup la faradisation énergique de la peau.

Chez les syphilitiques on donnera le mercure et l'iodure de potassium; chez les choléro-anémiques le quinquina. Si la névralgie est intermittente, le sulfate de quinine à la dose de 1 gr. par jour donnera de bons résultats.

COURRIER

Reims. — Ecole de médecine. — M. le docteur Hache est nommé professeur d'histologie.

— Un concours s'ouvrira le 1er mars 1895, devant l'Ecole de médecine de Reims pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. Brouardel, chef de la délégation française au Congrès international d'hygiène de Budapest, étant à Vittel pour raison de santé, le docteur Chantemesse, inspecteur général adjoint des services sanitaires, a été désigné pour le remplacer.

— Le Congrès international de chimie appliquée a eu lieu à Anvers du 4 au 11 août dernier. Plus de 400 chimistes représentant tous les gouvernements civilisés et un grand nombre de Sociétés savantes ont pris part à cette réunion.

Parmi les résolutions votées par le Congrès, citons l'adoption du litre français, comme étalon de capacité pour la graduation des instruments de chimie, et celle du thermomètre centigrade, à l'exclusion des thermomètres Réaumur et Fahrenheit.

Le prochain Congrès se tiendra à Paris en 1896.

— Voici l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz sur l'utilité de la bicyclette pour la femme, question à l'ordre du jour.

C'est le seul sport, suivant lui, que nous puissions recommander aux jeunes filles. Il y a des enfants dont la nature exubérante exige une activité propre à dompter les nerfs et à calmer les ardeurs d'une imagination précoce. Or jusqu'ici nous n'avions que trois sports: la gymnastique, les armes, le lawn-tennis. La gymnastique? Ça abime les mains. L'escrime? Se fendre est désagréable. Reste le lawn-tennis et la bicyclette. On peut faire de la bicyclette et être mère de famille.

Les questions médicales devant les conseils généraux. — Dans l'Aveyron, le Conseil général a ouvert un crédit de 100,000 francs pour l'assistance médicale gratuite dans les campagnes.

Dans la Vienne, le Conseil a adopté le règlement pour l'organisation de l'assistance médicale gratuite. Mais le crédit demandé à cet effet par l'administration a été refusé, le Conseil désirant consulter toutes les communes du département.

Le Conseil du Finistère a adopté un règlement concernant la question de l'assistance médicale gratuite dans le département.

En outre des quatre grands hôpitaux de Brest, Morlaix, Quimper et Quimperlé, des hospices seront créés sur différents points, entre autres Crozon, Concarneau, etc. Les frais de transport des malades seront, comme tous les autres frais, supportés par le département.

La dépense totale s'élève à plus de 105,000 francs.

Le Conseil général de la Charente-Inférieure a refusé, pour 1895, l'allocation supplémentaire de 500 francs demandée pour le service médical de l'île d'Aix, et qui aurait porté à 1,500 francs la subvention annelle de 1,000 francs accordée par le département.

Le Conseil général des Bouches-du-Rhône a émis un vœux tendant à l'aggravation de la loi pour la répression de l'alcoolisme considéré comme un danger social.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — II. Les accidents et les assurances. — III. Blache : Protection de l'enfance. — IV. Académie des sciences. — V. Courrier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

—

Le sport et les exercices physiques au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. — La ptomaïne du fromage. — Transmission des maladies infectieuses par le lait. — Les magasins de décors et les incendies.

L'association française pour l'avancement des sciences a tenu sa 23e session annuelle à Caen, dans le courant du mois dernier.

A la séance du 13 août, les sections de médecine et de pédagogie réunies ont discuté une question d'hygiène qui avait été déjà soulevée au Congrès de Besançon et le docteur Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris, y a donné lecture d'un long rapport sur les dangers que peuvent offrir, pour les enfants, les exercices de sport exagérés.

Nous avons fait paraître, l'an dernier, dans l'*Union médicale*, une série d'articles sur le même sujet (1), et nous n'y reviendrions pas si la discussion qui a suivi le rapport de M. Le Gendre n'avait pas révélé un courant d'opinion dont il est bon de tenir compte.

L'auteur n'a fait que reproduire, dans son important travail, les observations déjà présentées par les hygiénistes et par les médecins, mais en les groupant avec méthode, en leur donnant une ampleur peut-être un peu exagérée, il en a fait, à son insu sans doute, un véritable réquisitoire contre les exercices de corps. Je sais bien que tel n'était pas son but, et ses conclusions le prouvent. Il n'a voulu combattre que l'abus du sport ; c'est-à-dire l'excès du travail physique, inspiré par l'amour-propre, l'émulation, le désir de l'emporter sur les autres, aspirations très légitimes, sans doute, mais qui peuvent avoir leurs dangers à un âge où la raison ne les domine pas et où l'organisme, en plein développement, n'est pas encore en état de soutenir les fatigues de l'*entraînement*.

Comprise ainsi, la thèse de M. Le Gendre ne peut rencontrer que des adhésions dans le corps médical ; mais il est à craindre qu'elle soit entendue de toute autre façon par les familles et que la pédagogie ne s'en empare pas pour reprendre le peu de terrain que les hygiénistes lui ont fait perdre en luttant contre elle depuis vingt ans. Les gens étrangers à la médecine ne voient que le point saillant des choses.

Lorsqu'ils entendront dire à un médecin d'un savoir reconnu, que les exercices physiques peuvent amener des *hypertrophies du cœur*, des *palpitations*, des *congestions de l'encéphale*, des *catarrhes pulmonaires*, des *bronchites multipliées* qu'ils peuvent causer des *hydarthroses*, des *arthrites tuberculeuses*, des *dilatations stomacales*, donner l'éveil aux *tics nerveux*, à la *chorée*, etc., etc., ils n'en demanderont pas davantage et ne se diront

(1) Exercices physiques, gymnastique et sport (*Union médicale*, 1er semestre 1893 n° 72, p. 857 ; 2e semestre 1893, n° 2, p. 13 ; n° 7, p. 73).

pas que ce sont là des cas rares, que ces affections ne surviennent que chez des sujets prédisposés et à la suite d'excès qu'il est toujours possible de prévenir; alors ils prêteront l'oreille à nos adversaires dans les questions d'enseignement, à ceux qui rêvent toujours de ramener les enfants au travail intellectuel exclusif et à la *sédentarité scolaire*.

La question soulevée par le docteur Le Gendre était donc bien délicate à traiter dans un Congrès scientifique, avec la publicité que la presse donne à ces réunions scientifiques. Les médecins qui ont pris la parole après la lecture du rapport ont bien compris ce danger et se sont efforcés de le prévenir, en insistant sur ce fait que les avantages des exercices physiques dans l'éducation ne sont ni contestables ni contestés, qu'il n'est question que de leurs abus et que le sport seul est en cause.

MM. Alglave, Bouchard, Dekterew, Regnault ont parlé dans ce sens et, sous ces réserves, la réunion a voté les conclusions du rapport qui sont les suivantes:

1° Faire examiner chaque enfant par un médecin, avant de le laisser se livrer à tel ou tel exercice physique.

2° S'il y a quelque trace de tare héréditaire des appareils circulatoire, locomoteur, digestif ou du système nerveux, interdire les exercices qui peuvent l'aggraver.

3° Exiger toujours un entraînement progressif;

4° Encourager l'exercice, mais faire la guerre au *sport* dans les établissements scolaires.

Je me serais volontiers tenu à cette dernière conclusion. Les premières me semblent un peu exagérées et je ne les trouve pas pratiques La course, le saut, la marche, les jeux au grand air sont des exercices physiques auxquels les enfants se livrent dès qu'ils sont en état de marcher. Faudra-t-il soumettre un enfant à une visite médicale avant de le laisser se livrer à des actes si simples, si normaux, si physiologiques et, s'il a quelque tare héréditaire va-t-on le priver de ces distractions salutaires. Il aurait fallu préciser au moins quels sont les exercices physiques qui exigent de pareilles précautions.

Quant au sport, c'est autre chose et je comprends qu'on l'interdise dans les établissements scolaires. Je suis loins de le blâmer en lui-même; je trouve même qu'il est bon de l'encourager chez les jeunes gens sortis des écoles et dont le développement est déjà avancé. je trouve qu'il a plus d'avantages que d'inconvénients à cet âge de la vie, tout en regrettant le bruit que les journaux font autour des *lendits* et le cabotinage dont les concours sont l'objet. Dans les établissements scolaires, je lui trouve des inconvénients réels, au point de vue de l'instruction et je reconnais qu'il peut en avoir sous le rapport physique; mais ce qu'il importe surtout de bien dire aux parents, c'est qu'il n'est question que de l'abus des exercices et qu'à tout prendre cet abus, même en faisant la part des accidents et des maladies qu'il peut causer de loin en loin, est cent fois moins à redouter que l'excès contraire, que la sédentarité exagérée, que le travail intellectuel à outrance dans l'air confiné des classes et des études avec la fatigue et le dégoût qu'il entraîne, avec la débilité générale que cette existence déraisonnable finit par amener.

— Nous avons eu souvent l'occasion de signaler des empoisonnements

dus à des ptomaïnes développées dans des conserves avariées, dans des viandes et des charcuteries où la fermentation putride commence à se développer. Les accidents de ce genre se multiplient de jour en jour. Tantôt ce sont les moules, comme celles qu'on pêche dans le port de Wilhemshafen, tantôt des poissons ou des crustacés ; récemment l'attention a été appelée sur un empoisonnement collectif causé par les crabes et dont quelques-uns ont été suivis de mort.

Enfin, M. Schutzenberger a communiqué, il y a quelques temps, à l'Académie des sciences, une note de M. Lepierre, professeur à l'Université de Coïmbre (Portugal), sur une nouvelle ptomaïne extraite d'un fromage altéré et ayant donné lieu à de sérieux empoisonnements.

Cet alcaloïde a pour a formule $C^{16}H^{24}Az^{2}O^{2}$; M. Schutzenberger n'a pas fait connaître la nature de ce fromage toxique; mais il est probable qu'il s'agissait d'une de ces mauvaises galettes de lait caillé, durcies à l'air, grises de poussière que consomment les paysans du sud de la péninsule ibérique et certaines populations pauvres du littoral méditerranéen.

— En parlant des altérations du lait, dans nos précédents articles (1), nous avons relaté quelques épidémies de scarlatine et de fièvre typhoïde dont les germes avaient été vraisemblablement transmis par cette boisson alimentaire. Depuis cette époque, on en a cité d'autres exemples et nous en avons enregistré tout récemment deux nouveaux dans lesquelles le doute ne paraît guère possible.

Dans le premier cas, il s'agit d'une épidémie de scarlatine qui a eu lieu il y a deux mois à Asbroath. Du 29 juin au 4 juillet il s'en est produit cinquante cas dans cette localité. Tous les malades prenaient leur lait dans la même ferme et une scarlatine y avait évolué peu de temps auparavant.

Le second fait est plus récent :

Depuis deux mois une épidémie de fièvre typhoïde sévit dans la petite commune de Montlignon qui n'a que 800 habitants, n'est desservie par aucun chemin de fer et se trouve à trois kilomètres et demi de la station d'Ermont. Au mois de mai un premier cas avait eu lieu chez un enfant qui avait guéri ; mais quelque temps après, il s'en produisit d'autres sur différents points du village, la maladie prit rapidement le caractère épidémique et on enregistra une quarantaine de cas dont quatre furent suivis de mort.

Le docteur Hourlier, fixé depuis longtems dans le pays, se livra alors à une enquête qui le conduisit à découvrir, camme dans le cas précédent, que presque tous les malades prenaient leur lait dans la même ferme.

Le laitier ne cacha pas au docteur Hourlier qu'il se servait pour laver ses boîtes à lait de l'eau d'un petit ruisseau appelé *ru de Corbon* qui passe à côté de sa ferme et notre confrère, poursuivant ses investigations, apprit que la mère de l'enfant qui avait été atteint le premier venait y laver le linge du petit malade.

Parmi les quarante-quatre personnes atteintes, il y en avait quelques unes qui prenaient leur lait ailleurs, mais le docteur Hourlier apprit de leur fournisseur que quelque temps auparavant, se trouvant à court de lait,

(1) Altération et falsification du lait. *Union médicale*, 1893, 2e semestre, p. 145 et 205

il avait été obligé d'en acheter à la ferme voisine du ru de Corbon dont le propriétaire du reste avait cessé d'employer l'eau aussitôt qu'il avait appris qu'elle était contaminée.

— Les mesures à prendre pour prévenir les incendies sont dans les attributions du conseil d'hygiène et cela se comprend, car il n'y a rien de plus malsain que d'être brûlé vif ; les incendies de théâtres sont les plus fréquents, les plus meurtriers de tous, et les décors en sont le plus souvent le point de départ. Aussi le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a-t-il à diverses reprises conduit à s'occuper des dangers qu'ils font courir aux salles de spectacle ainsi qu'aux maisons voisines des magasins dans lesquels ils sont déposés.

Le préfet de police a pris à diverses époques des arrêtés à leur sujet. L'ordonnance du 17 mai 1838, confirmée par celle du 19 mai 1881, exige que tous les décors (fermes, châssis, terrains, bandes d'eau, gazes, rideaux, bandes d'air, plafonds, frises, toiles de lointain) soient rendues ininflammables soit par une préparation des toiles soit par un *marouflage*, avant leur mise en service.

Ils doivent être essayés au point de vue de l'ininflammabilité devant la commission des théâtres ou devant un de ses membres délégué à cet effet.

Aucun approvisionnement inutile de décors ne doit être fait sous le théâtre ou sur la scène. Leur lieu de dépôt doit toujours être séparé du théâtre par un mur en maçonnerie.

Tout récemment, le conseil d'hygiène de la Seine a été saisi par le préfet de police, de la question des magasins de décors, Celui de l'Opéra situé rue Richer, venait d'être la proie des flammes, seconde fois depuis trente ans, celui de l'Opéra-Comique situé place Louvois, au milieu d'immeubles habités inspirait des inquiétudes. Le conseil était consulté sur la question de savoir s'il n'y avait pas lieu de les classer parmi les *établissements insalubres dangereux* ou *incommodes*. Le Conseil, après avoir entendu le rapport de M. Bunel, à la séance du 11 mai 1894, à conclu qu'il n'y avait pas lieu de proposer le classement, parceque cela ne pouvait se faire que par décret et après avis favorable du Comité consultant des arts et manufactures dont les dispositions bien connue ne s'y prêteraient vraisemblablement pas. Le danger d'incendie par les décors a du reste considérablement diminué depuis que l'éclairage électrique a remplacé la lumière du gaz qui donnait des températures atteignant quelquefois 70 degrés dans les centres, qui desséchait les toiles, les châssis et les transformaient en amadou qu'une étincelle suffisait pour enflammer. Ce qui atténue encore les chances d'incendie, c'est qu'on ne pénètre jamais le soir dans les magasins de décors et qu'ils sont fermés à la nuit tombante.

Tout en repoussant le classement, le conseil d'hygiène et de salubrité a émis le vœu « que dans toute nouvelle ordonnance de police sur les théâ-« tres et cafés-concerts, les magasins de décors établis en dehors de l'en-« ceinte de ces établissements, ne puissent être construits qu'avec l'auto-« risation du Préfet de Police, comme l'exigeait d'ailleurs l'ordonnance du « 1er juillet 1864, et que l'article 16 de l'ordonnance du 16 mai 1851, concer-« nant l'inflammabilité des décors soit rigoureusement appliqué. »

Jules ROCHARD.

Des fractures simples et de la loi sur l'assurance contre les accidents

M. Friedrich Haenel vient de publier un travail (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XXXVIII) basé sur 400 observations de fractures simples, dans lequel il étudie les conséquences de ces fractures, c'est-à-dire l'incapacité de travail qui en résulte.

Les livres de chirurgie sont tous muets à cet égard. La statistique hospitalière est insuffisante, les malades traités pour fractures dans les hôpitaux étant habituellement renvoyés avant qu'ils soient en état de reprendre leurs occupations. La loi sur l'assurance contre les accidents, en vigueur en Allemagne, a permis à M. Haenel de recueillir les éléments d'une statistique qui démontre que l'incapacité de travail, partielle ou totale, à la suite de fractures, est plus longue qu'on ne le croit. L'auteur étudie successivement les fractures du fémur, de la jambe, de l'humérus et os de l'avant-bras. Voici les résultats principaux de cette statistique.

Les fractures du fémur relevées par M. Haenel sont au nombre de 155. Ce chiffre représente les accidents survenus de 1885 à 1889 parmi les membres de diverses corporations ouvrières de la Saxe. Pour les autres fractures, la statistique de l'auteur n'est basée que sur l'année 1889. Sur ces 155 cas, 3 seulement ont été complètement guéris dans les 13 semaines qui ont suivi l'accident ; 4 sont morts, dont 3 des suites directes de la fracture. Sur les 140 observations qui restent, 43 blessés ont été définitivement guéris et 97 sont restés plus ou moins invalides. Le mot guérison est ici synonyme de reprise complète du travail, tandis que le terme invalidité exprime une perte partielle ou plus ou moins complète de capacité de travail, par suite de troubles fonctionnels soit permanents, soit définitifs. En somme, 46 blessés seulement sur 155 ont guéri complètement. Dans ces 46 cas, la moyenne du temps nécessaire à la guérison a été de 12 mois plus 18 jours. D'une façon générale, les résultats sont d'autant plus mauvais que la fracture siège plus haut. Ainsi, pour le tiers supérieur de la diaphyse, 19 mois représentent le temps moyen nécessaire à une complète guérison. Sur 17 individus atteints de fractures du col, 2 seulement on guéri complètement au bout de 11 et de 40 mois ; les 15 autres sont restés invalides à divers degrés.

Les fractures de jambe sont au nombre de 148. 52 de celles-ci ont guéri dans les 13 premières semaines. Sur les 96 cas restants, 90 seulement ont pu être suivis. Sur ces 90, 59 ont guéri définitivement. Un blessé a succombé à une affection cardiaque. Les 30 autres sont restés plus ou moins invalides. Pour les 50 cas à guérison retardée, le temps moyen jusqu'à la reprise complète du travail a été de 16 mois. C'est donc 10 mois environ le temps nécessaire pour une récupération complète des fonctions du membre.

Les fractures du bras sont au nombre de 30 observations. 11 blessés ont été guéris en treize semaines. Sur les 19 autres cas, 18 ont pu être utilisés pour la statistique. Sur ce nombre, 10 ont été suivis de guérison complète et 8 d'invalidité. Sur 29 blessés, 21 ont donc recouvré complètement l'usage de leur membre. Pour les 10 cas guéris tardivement, le temps moyen qui s'est écoulé jusqu'à la reprise complète du travail a été de douze mois et six jours. La moyenne de temps pour arriver à guérison est donc de six mois et dix-huit jours.

Les fractures de l'avant-bras sont au nombre de 67 et nous trouvons 36 guérisons dans les treize premières semaines. Des 31 autres cas, 29 seulement ont pu être utilisés. Parmi ces derniers, 21 ont été suivis de complète guérison et 8 d'invalidité. Dans les 61 cas à guérison retardée, le temps écoulé jusqu'à la reprise complète du travail a été

en moyenne de seize mois. Pour les cas pris en masse, la durée moyenne d'incapacité totale ou partielle de travail doit être évaluée à six mois et vingt-quatre jours.

Comme on le voit, ce ne sont pas là les idées qu'on se fait d'ordinaire sur le temps nécessaire pour la guérison complète d'une fracture et ces chiffres tendent à modifier l'opinion générale des médecins sur le pronostic des fractures. On est, en effet, beaucoup trop optimiste à ce sujet. On peut objecter, il est vrai, que les ouvriers blessés se laissent facilement entraîner à exagérer les troubles fonctionnels consécutifs, dans la perspective d'une indemnité.

Cependant, il est certain que le pronostic des suites de fractures doit être désormais modifié dans un sens défavorable ; mais il est aussi certain que les résultats peuvent être améliorés notablement par un traitement convenable. Le traitement consécutif, très souvent négligé, devra être l'objet de l'attention du chirurgien. Tous les moyens doivent être de bonne heure mis en œuvre pour remédier aux troubles fonctionnels consécutifs résultant des raideurs articulaires et de l'atrophie musculaire.

M. Haenel termine en disant que les soins donnés dans un hôpital sont sur ce point inférieurs à ceux du traitement à domicile. Cela dépend, bien entendu, de la clientèle à laquelle on s'adresse.

La protection de l'Enfance dans le Département de la Seine en 1892

Situation et fonctionnement des crèches

Par M. le docteur R. Blache (1)

—

La présentation annuelle des résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine, que j'ai coutume de soumettre à l'Académie de médecine, n'offre pas seulement un puissant intérêt aux médecins et aux économistes par les statistiques que je résume ici, mais aussi par les déductions que chacun peut en tirer et par certaines observations judicieuses que nos infatigables médecins-inspecteurs adjoignent aux rapports instructifs soumis au Comité départemental de la Protection des Enfants du premier âge.

C'est en étudiant depuis de longues années, et sous toutes ses formes, la question de la Protection de l'Enfance que j'ai pu me rendre compte qu'à côté des progrès obtenus, il y a de nombreuses lacunes qui restent à combler pour que l'application de la loi Roussel donne à son auteur les résultats qu'il était en droit d'en attendre ; et cependant j'ai la satisfaction de voir que de tous côtés on s'efforce d'améliorer la situation de l'enfant. En ce moment, la Société de médecine publique, sous l'inspiration de son nouveau président, M. le professeur Pinard, a pris la décision de s'adresser directement au ministre de l'intérieur pour obtenir l'application sérieuse de la loi de 1874, surtout en ce qui concerne les nourrices.

Il existe toute une catégorie d'enfants, a dit M. Pinard, qui sont insuffisamment protégés ; ce sont ceux des nourrices qui viennent à Paris.

La loi de 1874 est cependant très explicite :

« Toute femme qui veut se placer comme nourrice doit présenter un certificat du « maire, indiquant que son enfant est âgé de 7 mois ou que, s'il est moins âgé, il est « allaité par une autre femme. »

Notre distingué confrère a surtout constaté que ces prescriptions sont rarement observées.

---

(1) Lue à l'Académie dans la séance du 7 août 1894.

Dans les bureaux de nourrices, dit-il, on ne rencontre que des femmes accouchées depuis un mois, 2 mois ou 3 mois. Celles qui sont accouchées depuis plus longtemps sont assez rares.

Voici, à ce sujet, une curieuse statistique, établie par notre savant confrère, le docteur Ledé, bien connu pour ses études concernant l'enfance.

Sur 81,756 nourrices au sein qui sont venues à Paris de mai 1879 à fin décembre 1886, il y avait :

56,393 femmes mariées,
24,100 filles-mères,
et 1,263 veuves.

L'âge du lait, pour les filles mères, par exemple, était le suivant :

1 mois	7,801
2 —	5,853
3 —	3,133
4 —	1,794
5 —	1,275
6 —	888
7 —	628

Soit un total de : 21,372, dont le lait avait 7 mois et au-dessous, 2,728 seulement sur 24,100 avaient un lait de plus de 7 mois, c'est-à-dire de l'âge exigé par la loi Roussel.

Le fâcheux résultat de cet état de choses est qu'un grand nombre d'enfants, superbes au moment où on les prive du sein et des soins de leur mère, ne tardent pas à dépérir et à succomber de par la nourriture mauvaise ou insuffisante à laquelle ils sont condamnés.

Disons aussi, et nous ne sommes pas les seuls à l'avoir constaté, que le certificat de moralité exigé par la loi est trop souvent délivré complaisamment à des femmes de mauvaise conduite notoire.

Dans le double but de rendre plus efficace et surtout plus générale la protection de l'enfance, certains vœux ont été émis, entre autres celui d'obtenir l'affichage dans les mairies de la liste des nourrices récompensées dans l'année et les noms et adresses des nourrices au sein et des éleveuses au biberon recommandables.

La réalisation de ces vœux rendrait service aux nourrices et aux familles. En effet, le public aurait avantage et sécurité à s'adresser à celles des nourrices dont l'inscription sur le tableau des récompensées ou recommandées sera un sûr garant des bons soins et de la sollicitude qu'elles auront eu envers les nourrissons.

C'est pour obtenir des résultats analogues que notre honorable confrère, le docteur Toussaint, d'Argenteuil, avait, dans son journal, élaboré un projet de création d'office central, destiné à faciliter le recrutement des bonnes nourrices et le placement des nourrissons.

Je n'entrerai pas dans les détails du fonctionnement de l'office central, très bien conçu à mon sens et pouvant rendre de grands services aux familles. Cet office n'a pas encore obtenu l'autorisation de fonctionner, mais j'ai le ferme espoir de voir réussir le projet de notre confrère.

Un service analogue fonctionne depuis quelque temps dans le département des Vosges, où tous les médecins s'intéressent vivement aux questions de l'enfance.

Ce service est trop récent pour que je puisse donner quelques détails sur sa mise en pratique. Je me contenterai donc de citer les noms de ceux de nos confrères auxquels revient l'honneur d'une semblable initiative ; ce sont les docteurs Lardier, de Ramber-

villers, et Brallet, du Thillot, et j'ajouterai que les travaux si intéressants de ce dernier ont valu à leur auteur une médaille d'argent que lui a décernée la Société protectrice de l'enfance.

L'application de la loi Roussel est donc de nouveau à l'ordre du jour.

Tout récemment, le Congrès d'assistance publique, qui s'est ouvert le 28 juin à Lyon, a tenu à s'occuper aussi de cette importante question de la protection de l'enfance et a adopté, à l'unanimité, des vœux concluant à l'obligation absolue pour tous les départements de l'observation de la loi Roussel, en même temps que la création à cet effet d'un service d'inspection médicale de l'enfance.

Examinons maintenant quels ont été les résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine en 1892.

Le nombre de nourrissons soumis à la protection a été de 4,407 (443 de moins qu'en 1891), savoir :

1,597 nourrissons restant au 31 décembre 1891, et 2,810 nourrissons placés en 1892, dont 1,269 à Paris (29 p. 100) et 3,138 dans la banlieue (71 p. 100) proportions identiques à celles de l'année précédente.

Les arrondissements qui ont compté le plus grand nombre de nourrissons protégés sont : le 15e, 227; le 20e, 148 ; le 14e, 122 ; le 19e, 120; le 18e 112; les 13e et 17e, 100; ce sont les mêmes arrondissements qu'en 1891.

La proportion des enfants soumis à la surveillance à Paris, comparativement aux nourrissons de la banlieue, n'a été inférieure que d'une unité à la proportion de 1891 (29 p. 100 au lieu de 30 p. 100).

Le nombre des nourrissons protégés dans les communes de la banlieue est en légère diminution sur celui des années précédentes.

En 1892, la protection a cessé d'être exercée à l'égard de 2,981 nourrissons (272 de moins qu'en 1891).

Ces 2,981 nourrissons ont cessé d'être protégés pour les causes suivantes :

Retraits effectués spontanément par les parents	2,139
Retraits provoqués par le service d'inspection	111
Retraits par suite du changement de domicile de la nourrice	85
Décès	344
Limite d'âge	302
Total	2,981

La protection continuait donc de s'exercer, au 31 décembre 1892, à l'égard de 1,426 nourrissons (171 de moins qu'en 1891) dont 441 à Paris et 985 dans la banlieue.

Comme on le voit par les quelques chiffres qui précèdent, le mouvement des nourrissons soumis à la protection dans le département de la Seine a subi, en 1892, un ralentissement assez important.

Le nombre total des enfants surveillés qui, pendant les dix dernières années, s'était élevé en moyenne à 4,785, est tombé à 4,407, se rapprochant sensiblement du minimum constaté en 1882 (4,351).

D'autre part, le nombre des nourrissons restant en surveillance à la fin de l'année (1,426) est inférieur de 80 unités au nombre le plus bas (1,506) que nous ayons eu à enregistrer depuis l'application de la loi (années 1881 et 1883).

Par rapport aux modes d'élevage, les 4,407 nourrissons protégés en 1892, comprenaient :

1,912 enfants élevés par des nourrices au sein, soit 43,39 p. 100 ;

1,958 enfants élevés par des nourrices au biberon, soit 44,43 p. 100 ;

537 enfants élevés par des sevreuses ou gardeuses, soit 12,18 p. 100.

Cette année-ci encore, le nombre des enfants confiés, dans le département de la Seine à des éleveuses au biberon a été supérieur à celui des enfants placés chez les nourrices au sein.

En 1891, où nous avions vu pour la première fois le chiffre des enfants élevés par des nourrices au biberon supérieur à celui des enfants élevés par des nourrices au sein, le nombre de ceux-ci était de 2,06 p. 100 inférieur au premier.

En 1892, cette proportion est descendue à 1,04 p. 100.

Dans la banlieue, l'élevage au sein a conservé l'avantage et a présenté un excédent de 139 nourrissons (25 de plus qu'en 1891).

Au point de vue du sexe, les 4,407 nourrissons protégés en 1892 comprenaient :

2,251 garçons, soit 51 p. 100 ;

2,156 filles, soit 49 p. 100.

Les proportions correspondantes avaient été, en 1891, 53 p. 100 et 47 p. 100 ; l'écart entre les garçons et les filles a donc sensiblement diminué.

Par rapport à l'état civil, nous avons eu :

3,186 enfants légitimes (72 p. 100), contre 73 p. 100 en 1891, et 1,221 enfants naturels (28 p. 100), contre 27 p. 100 en 1891.

Il y a donc eu une légère augmentation du chiffre des enfants naturels, par rapport au nombre des enfants légitimes.

Vaccination

Les résultats obtenus pour la vaccination ont été, en 1892, identiques à ceux de l'année précédente, lesquels étaient supérieurs à ceux des autres années.

Ainsi, en 1892, sur 4,407 nourrissons, 1,937 étaient vaccinés au 1er janvier ou l'étaient à leur entrée dans le service. 1,193 ont été vaccinés pendant l'année et 836 sont sortis du service (154 décès et 682 pour autres causes).

Au 31 décembre, il restait donc 441 nourrissons à vacciner.

Comme conclusions des chiffres qui précèdent, nous arrivons à celles-ci :

Les sept dixièmes des nourrissons entrés dans le service en 1892 n'étaient pas vaccinés.

Le service d'inspection a dû veiller à la vaccination de 56 p. 100 des nourrissons protégés en 1892 en comprenant ceux qui restaient dans le service au 31 décembre 1891.

Sur l'ensemble des nourrissons à vacciner (2,470), 48 p. 100 l'ont été (1,193).

Les autres enfants n'ont pu l'être, soit parce qu'ils sont sortis du service pour cause de décès (6 p. 100) ou pour tout autre cause (28 p. 100), soit parce qu'au 31 décembre 1892, leurs éleveuses se trouvaient encore dans le délai accordé par le règlement (18 p. 100).

En résumé, sur 4,407 nourrissons protégés en 1892, 3,130 étaient ou ont été vaccinés, ce qui donne une proportion de 71 p. 100, inférieure d'une unité à celle de l'année précédente.

— Le service d'inspection s'est encore amélioré en 1892 et, grâce à ces améliorations incessantes, nous constatons, chaque année, un nombre moins élevé de retraits provoqués par ce service.

En effet, en 1891, nous avions un chiffre de 165 nourrissons.

En 1892, ce chiffre a été de beaucoup inférieur à celui de l'année précédente (114).

Sur ces 114, 42 étaient élevés au sein, 69 au biberon et 3 en sevrage ou en garde.

Comme les années précédentes, l'élevage au biberon a continué de fournir le contingent le plus élevé de retraits. La proportion a été de 2 p. c. inférieure à celle de 1891 (60 p. 100 au lieu de 62 p. 100).

Par rapport à l'âge, 60 p. 100 des nourrissons qui ont été l'objet d'un retrait étaient âgés de moins de 4 mois (68) et plus des huit dixièmes (83 p. 100) étaient âgés de moins de 6 mois (95).

Les retraits ont été motivés pour la presque totalité (103) par les causes habituelles. Ce sont toujours les mêmes motifs que nous retrouvons : mauvaise alimentation, mauvais soins, insalubrité des logements, etc.

Je citerai seulement le cas d'un enfant placé chez une éleveuse au biberon, atteint de choléra infantile à la période algide. Son état réclamant des soins exceptionnels et, de plus, constituant un danger pour les autres enfants, il fut transporté à l'hôpital Laënnec, où il mourut peu après.

Des 114 nourrissons retirés de chez leur éleveuse, 77 ont été repris par leurs parents et 37 replacés en nourrice.

Sur les 77 repris par leurs parents, 5 sont décédés et le sort des 72 autres est resté inconnu.

Quant aux 37 replacés en nourrice, 21 d'entre eux ont été mis chez des nourrices au sein, et la mesure prise envers eux par le service d'inspection a été pleinement justifiée, car il est permis de supposer que la continuation du mode d'alimentation auquel ils avaient été primitivement soumis aurait, sans aucun doute, amené une issue fatale.

La mortalité s'est répartie entre Paris et la banlieue de la façon suivante :

116 décès à Paris, soit 9.14 p. 100, et 228 dans la banlieue, soit 7.26 p. 100.

Contrairement aux années précédentes, la banlieue l'a emporté sur Paris. Les proportions de 1892 (9.14 p. 100 et 7.26 p. 100) présentent, en effet, de fortes différences avec celles de 1891 (6.23 p. 100 et 7.70 p. 100).

Les maladies auxquelles ont succombé les 344 nourrissons sont les suivantes :

Système nerveux	81	(12 de plus qu'en 1891)
Appareil respiratoire. . . .	48	(24 de moins qu'en 1891)
Appareil digestif	165	(6 de plus qu'en 1891)
Maladies épidémiques . . .	19	(5 de moins qu'en 1891)
Autres maladies	31	(3 de plus qu'en 1891)

Sur ces 344 enfants décédés, 113 étaient élevés au sein, 218 au biberon et 13 en sevrage ou en garde ; résultats à peu près identiques à ceux de 1891.

Proportionnellement au nombre des nourrissons protégés, nous avons un chiffre dépassant légèrement celui de 1891 (7,80 p. 100 au lieu de 7,25 p. 100), mais cette proportion reste inférieure à celles de 1890 et 1889.

La proportion de 1891 reste donc la plus faible que nous ayons obtenue dans le département de la Seine, depuis l'application de la loi Roussel.

(*A suivre.*) Dr R. Blache.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 août

Des applications phériphériques d'alcaloïdes dens le traitement des maladies aiguës à détermination cutanée.

(Note de MM. L. Guinard et Gustave Geley, transmise par M. A. Chauveau).

Nous avons signalé la possibilité que l'on a de mettre en jeu le système régulateur de la thermogenèse et de produire, par exemple, la baisse thermique chez les fébricitants par l'action périphérique cutanée de certains alcaloïdes ou glucosides. Nous citions notamment la cocaïne, la solanne, l'helléboréine et la spartéine, comme capables de répondre aux indications découlant du principe général que nous faisions connaître.

Si maintenant nous nous préoccupons d'une façon spéciale des effets de ces actions sur la courbe générale et la marche des maladies aiguës, nous voyons que celles-ci se sont nettement divisées en deux groupes, comprenant, d'un côté, les affections à localisation précise sur un organe important, maladies à détermination centrale ou viscérale; d'autre part, les affections à détermination cutanée.

les premières, à part les modifications momentanées de la température des vingt-quatre heures, l'action thérapeutique des badigeonnages a été à peu près nulle et n'a en rien modifié la marche, la durée et la gravité de l'affection.

Mais il n'en a pas été de même dans les maladies aiguës à détermination cutanée. Là, nos badigeonnages, pratiqués exactement, ont donné des résultats fort intéressants, dans tous les cas non compliqués où nous les avons employés. Dans ces essais, nous nous sommes toujours servis de la spartéine, à cause de la longue durée de son action: nous avons constaté d'abord que l'effet momentané, consécutif à chaque badigeonnage, est plus intense dans les maladies à détermination cutanée que dans les affections du premier groupe. Au lieu de 1° à 1° 1/2, on constate des baisses de température de 3°, 4° et même 5°; de plus, la courbe générale est entièrement modifiée, parfois ramenée immédiatement à la normale; présentant, dans d'autres cas, des oscillations inattendues mais toujours évidemment plus courtes que normalement. C'est en particulier dans la rougeole, la scarlatine, l'érythème noueux, l'eczéma avec fièvre, l'érysipèle et la variole que nous avons heureusement employé notre méthode.

L'action sur la scarlatine elle-même est puissante, mais elle n'a aucun pouvoir sur les complications déjà établies, bien que nous ayons la conviction qu'appliqués à temps les badigeonnages de spartéine peuvent prévenir ces dernières.

Dans la rougeole, les badigeonnages de spartéine ont une action curative, quand elle est dépourvue de toute complication, de toute localisation pulmonaire un peu marquée; ils n'ont aucun effet thérapeutique dans les autres cas.

Mais c'est surtout l'érysipèle qui a le plus manifestement bénéficié des effets curatifs des actions périphériques et qui nous a donné les résultats les plus typiques. Nous possédons un nombre assez considérable d'observations heureuses, qui toutes ont parlé dans le même sens et montrent qu'il a suffi, le plus souvent, de trois ou quatre badigeonnages, parfois moins, pour obtenir la baisse définitive de la température et la guérison.

En effet, dans l'érysipèle, l'action locale n'a pas été moins remarquable que l'action thermique, et, dans tous les cas (sauf un érysipèle chirurgical de la jambe qui se fit en deux poussées), nous avons vu l'exanthème cesser immédiatement de s'étendre et rapidement pâlir et disparaître.

Ces effets remarquables, constants et bien spéciaux, des badigeonnages de spartéine sur les maladies aiguës à détermination cutanée, sur l'érysipèle en particulier, nous donnaient le droit d'espérer en des résultats heureux dans la variole, maladie dont la gravité est proportionnée à l'intensité de l'éruption.

Dans un cas de variole avec éruptions confluentes, les badigeonnages de spartéine, qui n'avaient pu être commencés qu'au moment où la sérosité des pustules était sur le point de se troubler, ont empêché d'une façon complète la suppuration qui, selon toute apparence, était inévitable. Presque immédiatement les pustules se sont affaissées et se sont ensuite simplement desséchées.

D'après tout ce que nous avons vu jusqu'à présent, nous croyons que dans la variole les badigeonnages périphériques de spartéine auront une utilité réelle et pourront rendre moins sévère le pronostic soit au point de vue de la terminaison, soit au point de vue des suites.

Nous recherchons actuellement le mécanisme physiologique de ces actions, dont le point de départ se trouve, comme nous l'avons déjà démontré, dans une influence nerveuse périphérique et dont les résultats sont si remarquables.

COURRIER

Quelle quantité d'intestin peut-on réséquer. — Tel est le titre d'un entrefilet de *the Lancet* (4 août 1894). Après avoir énuméré les chirurgiens qui en ont réséqué plus d'un mètre comme Baum, Billroth, Bruns, Hahn, Kocher, Kœberlé, Kosinski et Schlange, l'auteur parle des expériences faites à ce sujet. C'est ainsi que le Dr Trzebicky a excisé chez le chien de 25 à 200 centimètres d'intestin et a examiné les résultats portant sur la mesure et la diminution de poids. En passant de l'animal à l'homme, cet expérimentateur pense que la longueur de l'instestin variant chez l'adulte de 561 à 870 centimètres, on peut en réséquer environ la moitié c'est-à-dire un maximum de 280 centimètres,

Congrès pour la protection des animaux. — Un congrès des Sociétés protectrices des animaux vient d'avoir lieu à Berne.

Les orateurs n'ont pas manqué de crier sur la vivisection. Un des membres a donné lecture d'un télégramme qu'il venait de recevoir de Londres d'une association anti vivisectionniste portant même les signatures de huit évêques. Les signataires demandaient au Congrès de se prononcer énergiquement contre l'usage des expériences sur les animaux.

La proposition a été votée avec un ensemble touchant, non cependant sans qu'un congressiste fît aveu que ce vote avait bien des chances de rester à l'état platonique.

A part cette concession à la « folie antivivisectionniste », le Congrès a émis des idées justes sur la protection des petits oiseaux et sur le mode d'abatage.

Distribution des sexes. — Sur l'ensemble de la terre, le nombre des femmes est à peu près égal à celui des hommes.

De tous les pays du monde, la France est celui où le rapport approche le plus de l'égalité ; on y trouve 1,007 femmes pour 1,000 hommes. Pour le même nombre de défenseurs de leur patrie, on retrouve 1,064 Suédoises et seulement 933 Grecques.

A notre colonie de la Réunion, 547 créoles ou brunes mulâtresses ont à choisir entre 1,000 Français d'outre-mer (ceux à peau noire compris).

Enfin, à Hong-kong, pour 1,000 hommes on ne trouve plus que 366 femmes. C'est le cas de dire : les femmes sont chères.

Ophtalmie professionnelle des éplucheuses de houblon. — Cette affection est une ophtalmie aiguë compliquée de kératite, hypopion, etc. Elle atteint les femmes et les enfants employés au tirage des cônes de houblon et est causée, d'après M. Perey-Adonis par la poussière des débris des écailles du houblon.

Cette affection a été observée en Angleterre.

Enfin, M. Perey-Adonis a constaté que cette ophtalmie est justiciable de la cocaïne en collyre, des lotions et des irrigations oculaires abondantes.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Bazy : De la rétention aiguë d'urine dans les rétrécissements de l'urèthre ; pathogénie et traitement. — II. Revue de thérapeutique. — III. Académie de médecine. — IV. R. Blache : Protection de l'enfance. — V. Courrier.

De la rétention aiguë d'urine dans les rétrécissements de l'urètre.— Pathogénie et traitement.

Par le docteur Bazy, chirurgien de Bicêtre

—

La rétention d'urine dans le cours des rétrécissements est une complication qui, sans être fréquente, s'observe cependant de temps en temps.

Elle a été mise soit sur le compte de phénomènes congestifs se passant au niveau de ce rétrécissement, soit sur le compte d'une poussée inflammatoire au niveau de ce rétrécissement, ou attribuée avec M. Verneuil à un spasme. Longtemps on a soutenu que ce spasme était un spasme de l'urètre, une spasme siégeant au niveau du rétrécissement, oubliant qu'un spasme exige, pour se produire, des fibres circulaires, lesquelles manquent au niveau du rétrécissement, le rétrécissement siégeant presque toujours en dehors de la zone où existent ces fibres circulaires, zone constituée par la portion membraneuse et la portion prostatique.

Plus tard on a fait intervenir le spasme de la portion membraneuse ; mais ce spasme est difficilement démontrable, le passage aisé d'une sonde s'accordant difficilement avec l'hypothèse d'un spasme de la portion membraneuse : je parle ici dans les cas où le rétrécissement est large. Dans le cas où il est serré, la dilatation fréquente du canal en arrière montre que le muscle est forcé à ce niveau et par conséquent peu capable d'un efforts spasmodique, surtout prolongé.

Ces hypothèses — car ce ne sont que des hypothèses, personne n'ayant ni vu ni prouvé la congestion, l'inflammation ou le spasme — ces hypothèses, dis-je, ne sont pas pour satisfaire l'esprit ; si, à la rigueur, on peut admettre l'influence exercée par la congestion sur un rétrécissement étroit, et nous verrons que c'est dans ces cas qu'elle peut le moins se produire, il est est difficile d'admettre qu'un état congestif puisse suffire à obstruer la lumière d'un rétrécissement, dans les cas où un rétrécissement admet un 14, un 15, comme cela s'observe quelquefois. Ce sont surtout ces derniers faits qui m'ont frappé et qui m'ont fait penser qu'un autre élément entrait en jeu.

Comment admettre, en effet, qu'une congestion dans un canal admettant un n° 14 ou 15, et retréci dans un point limité, puisse être assez puissante pour déterminer la rétention, alors qu'on voit des malades uriner suffisamment bien avec des rétrécissements si fins, si étroits, qu'une fine bougie n° 2 ou 3 puisse à peine les traverser ; si fins qu'ils puissent être momentanément infranchissables. Il y a là une contradiction. Si encore on voyait cet état congestif ; mais on ne le voit pas, et alors on admet qu'il reste localisé au rétrécissement, c'est-à-dire dans le point le moins capable de se congestionner, sans s'étendre ailleurs.

Nous voyons des états congestifs de l'urètre et cependant ils ne sont pas

suivis de rétention ; nous les voyons dans le cours des blennorrhagies aiguës et suraiguës, ou à la suite d'injections dites abortives : nous voyons alors le canal ou plutôt le méat rouge tuméfié avec la muqueuse en *ectropion*, ce qui prouve bien qu'elle est trop tuméfiée pour le calibre du canal, qu'elle est mal à l'aise, et néanmoins les malades n'ont pas de rétention (ou si, par hasard, ils en ont, un autre élément se surajoute que nous allons voir plus tard) ; ils devraient cependant en avoir, car l'état congestif est poussé souvent au summum. Les malades accuseront des difficultés et des anomalies de miction ; ils vous diront que le jet s'en va à droite, à gauche, de tous les côtés, qu'il a des formes bizarres, qu'il est aplati; bifurqué, en vrille, etc. Si vous voulez vous-même passer une sonde, vous éprouverez une grande difficulté, le canal saignera facilement par le simple frottement, le malade accusera une cuisson violente, mais il n'existe pas de rétention.

Il faut donc un autre élément ; cet autre élément c'est *la cystite*. La cystite, voilà la vraie cause de la rétention d'urine.

Dire que la cystite aiguë, la cystite muqueuse survenant pour la première fois ou récidivante peut être une cause de rétention d'urine, c'est annoncer, pourrait-on dire, une chose nouvelle, jusqu'ici non admise ; et pourtant Chopart avait signalé depuis longtemps cette cause de rétention.

Il faut donc démontrer que la cystite aiguë peut être cause de rétention, que cette cystite aiguë est bien l'agent de la rétention dans les rétrécissements.

C'est ce que vient de faire, avec les documents que je lui ai fournis, et avec une précision et une vigueur rares dans l'argumentation, un de mes élèves, le docteur P. Condamy, dans sa thèse : *De la cystite aiguë comme cause de rétention d'urine et en particulier dans le cours du rétrécissement de l'urètre*. Paris, Steinheil, 1894.)

D'après M. Condamy, quoique Chopart ait montré que la cystite aiguë pouvait donner lieu à la rétention, les auteurs qui l'ont suivi ou lui ont refusé ce pouvoir ou n'en ont parlé que dans des termes vagues. C'est ainsi que M. Guyon ne signale pas cette complication dans ses « leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate . »

Dans l'édition de « ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires » qui vient de paraître, en parlant de l'inertie de la vessie chez les prostatiques, il dit : « Les cystites la favorisent et peuvent la déterminer même chez de jeunes sujets ». Les éditions antérieures ne contiennent rien de semblable, et encore ce passage ne se rapporte pas au sujet que nous traitons.

Pour prouver que la cystite est bien la cause de la rétention, il fallait d'abord la montrer agissant seule en dehors de tout rétrécissement et montrer sa présence constante dans le rétrécissement, non pas étroit, mais relativement large.

C'est ce que nous avons établi, Condamy et moi, par des observations où l'intervention de la prostate ne pouvait être admise, puisqu'elle n'était ni augmentée de volume ni douloureuse, où de plus existaient des signes de cystites précédant la rétention complète, cystite survenant comme complication de la blennorrhagie ou en dehors de celle-ci.

Un cas remarquable à ce point de vue est celui d'un malade de M. Lécorché, que j'ai vu et suivi avec notre collègue Talamon et qui, considéré par un

confrère comme un prostatique parce qu'il avait des envies fréquentes d'uriner, est un jour atteint de rétention aiguë pour laquelle je suis appelé; j'axamine facilement la vessie avec la sonde en caoutchouc rouge, et, celle-ci évacuée, je pratique le toucher rectal, qui me permet de constater que sa prostate a un volume normal alors que l'âge du malade, 59 ans, peut légitimer l'existence d'une hypertrophie. Ce malade a complètement guéri, après des sondages répétés pendant 2 mois, ce qui est déjà un petit signe de présomption contre l'idée d'une hypertrophie prostatique.

Pour établir la valeur du rôle de la cystite dans la rétention des rétrécis, il était important de ne prendre que des rétrécis larges, le mot large n'étant pas pris dans son sens américain, ce qui signifie des canaux capables de laisser passer des n°s 19 à 22 ou 23 et même plus de la filière Charrière. Un rétrécissement laissant passer un n° 14 ou 15 de la filière Charrière est moins facile à obturer par des phénomènes congestifs qu'un canal n'admettant qu'un n° 4 ou 5; et cependant nous pourrions prendre aussi bien ces canaux : car les recherches déjà anciennes d'Alphonse Guérin, de Voillemier, confirmées et complétées par celles de Finger, Baraban, Wassermann et Hallé ont montré que l'urètre rétréci devenait fibreux et par conséquent moins vasculaire, moins capable de se laisser congestionner.

Néanmoins, nous n'avons pris que des canaux relativement larges. Sans cela nous aurions pu multiplier les observations; mais en les multipliant nous aurions enlevé à notre démonstration une partie de sa valeur. L'avenir se chargera, nous en avons l'intime conviction, de multiplier les observations : cela me paraît d'autant plus certain que dernièrement encore entrait dans mon service un rétréci dans les antécédents duquel nous notions un accès de rétention aiguë; j'ai immédiatement annoncé à mes élèves qu'il avait dû avoir et devait encore avoir de la cystite. Nous en avons trouvé les signes non équivoques dans ses antécédents, et quand nous avons examiné son urine, nous l'avons trouvée trouble du commencement à la fin de la miction.

Dans les rétrécissements compliqués de rétention, j'ai trouvé toujours la cystite, ce qui est une forte présomption. Je mets évidemment à part les cas compliqués de prostatite qui sont encore plus rares : car ces cas où la prostatite suffit à expliquer la rétention doivent être mis à part.

Est-ce à dire que tous les rétrécissements compliqués de cystite aiguë ou d'une poussée aiguë seront atteints de rétention? assurément non; car toutes les cystites aiguës ne se compliquent pas de rétention; il faut des conditions anatomiques ou physiologiques spéciales pour la provoquer.

L'âge des sujets peut y être pour quelque chose; je soigne en ce moment un vieillard de 77 ans atteint de cystite blennorrhagique aiguë compliquée de rétention: l'âge agissant ici par les modifications anatomiques qu'il détermine dans la musculature de la vessie. L'extension de l'inflammation à toute la muqueuse vésicale y entre aussi pour une bonne part; enfin, il faut tenir compte de l'action inhibitrice, variable avec les sujets, qui a pour point de départ l'inflammation de la muqueuse.

Le traitement dirigé contre cette rétention est lui-même une preuve en faveur de la théorie que nous soutenons, en faveur de la pathogénie de la rétention.

Mais, avant d'aborder ce traitement, disons un mot de la marche de cette rétention : tantôt cette rétention se montre d'emblée, et d'emblée elle arrive à son summum, tantôt elle s'établit peu à peu, la vessie se paralysant peu à peu, dans l'espace de quelques jours ; pendant ces quelques jours les malades continuent à uriner, mais ne vident pas leur vessie complètement jusqu'au moment où ils ne la vident plus du tout.

Cette rétention peut être provoquée, ne se montrer qu'une fois, disparaître par les moyens que nous allons indiquer, ou bien au contraire récidiver avec une très grande fréquence, nécessitant l'emploi répété des moyens dont nous parlons.

Quand elle s'est établie, au lieu de disparaître aussi vite qu'elle est venue, elle peut nécessiter l'usage répété de la sonde pendant un certain temps, jusqu'à ce que la cystite ait disparu ou jusqu'à ce que le canal soit assez dilaté pour que le muscle paresseux trouve insuffisant le faible obstacle créé par le rétrécissement et ne reste pas impuissant devant lui, jusqu'à ce que ce muscle enfin ait recouvré son énergie première. Quel est donc le traitement à apporter à cette rétention ?

Tout le monde sait que si le traitement chirurgical seul, c'est-à-dire le cathétérisme peut arriver à triompher d'une rétention aiguë d'origine prostatique, au contraire, le traitement dit médical vient souvent à bout, seul, des rétentions de rétrécis. Or, quel est ce traitement? c'est absolument celui que l'on emploie dans le traitement des cystites : grands bains, bains de siège, cataplasmes, lavements laudanisés, suppositoires morphinés, des calmants sous toutes les formes. Bien plus, dans la thèse de Condamy, j'ai cité le cas d'un jeune homme légèrement rétréci et rétentionniste et qui me demandait des instillations de nitrate d'argent dans la vessie, plutôt que la dilatation de son rétrécissement, parce qu'il avait remarqué qu'il évitait plus sûrement la rétention quand je traitais la vessie que quand je traitais le rétrécissement qui, au début, admettait le n° 11. Et c'était exact ! quelle preuve plus convaincante peut-on donner de l'influence exercée par a cystite sur la rétention ?

Le traitement médical est donc de mise et doit être tenté toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une rétention dans le cours d'un rétrécissement. Il pourra suffire ; d'autres fois, il ne fera que calmer et on sera obligé de lui adjoindre le traitement chirurgical. Celui-ci variera avec les cas.

Tantôt le rétrécissement sera assez large pour permettre l'introduction d'une sonde et cette sonde sera de calibre suffisant pour assurer l'évacuation facile de l'urine.

Cette manœuvre devra être répétée autant de fois que cela sera nécessaire ; on profitera de la circonstance pour désinfecter la vessie et la cautériser.

Si le rétrécissement n'admet qu'une sonde n° 9 ou 10, il vaut tout autant, dans ce cas, se contenter du passage d'une bougie qui aboutira au même résultat. Beaucoup de malades connaissent cette particularité et il en est un certain nombre qui, pour une raison quelconque, gardant leur rétrécissement sans le faire dilater, portent constamment avec eux une bougie qu'ils introduisent à la moindre alerte : au moindre refus d'obéissance de

la part de la vessie, la bougie est introduite, retirée et l'urine jaillit; la vessie est évacuée.

Quand le rétrécissement est plus étroit, bien souvent, surtout si la rétention date d'un certain temps, les choses ne se passent pas ainsi; il ne suffit pas d'introduire une bougie et de la retirer pour déterminer l'évacuation complète de la vessie. Voici alors comment les choses se passent et comment on doit procéder;

Le rétréci atteint de rétention se présente avec une vessie plus ou moins distendue, un ventre ballonné et douloureux, souffrant d'une douleur sourde dans le bas-ventre et le périnée; de temps en temps envie d'uriner arrive, entraînant avec elle son cortège d'efforts douloureux et impuissants; le malade prend les positions les plus bizarres pour tâcher de se satisfaire; l'envie douloureuse dure une minute, puis tout rentre dans le calme.

Dans ces conditions, on introduit une fine bougie dans le rétrécissement; on l'y laisse un instant; l'envie d'uriner arrive, on retire la bougie et le malade émet quelques grammes d'urine; on remet la bougie, on la retire quand l'envie d'uriner reparaît; déjà l'urine coule un peu plus librement; on répète la manœuvre et on voit bientôt l'urine couler en jet et plus abondante: le soulagement commence à arriver, l'émission d'urine est suivie d'une satisfaction de bien être relatif qui devient complet quand la vessie a été complètement évacuée.

Il y a, entre le rétrécissement très étroit et le rétrécissement plus large, au point de vue de l'évacuation de la vessie, une différence de degré: dans un cas la vessie a été évacuée en une fois, dans l'autre en plusieurs fois. Comment agit la bougie? On ne pourrait sérieusement soutenir qu'elle a fait cesser les phénomènes congestifs au niveau du rétrécissement, son action, à ce point de vue, serait singulièrement rapide, il nous semble qu'il y a une autre explication: elle agit en augmentant le pouvoir contractile de la vessie; de même que les réflexes partis de la muqueuse enflammée ont exercé une action inhibitoire sur la contractibilité vésicale, inversement le passage de la bougie a déterminé un réflexe qui a augmenté cette contractibilité; mais, tandis que dans un cas l'obstacle à franchir n'a pas été très grand et par conséquent suffisant pour fatiguer la vessie, dans l'autre cas, ce pouvoir contractile s'est vite épuisé et a eu un besoin de nouvelles excitations et d'excitations répétées pour être réveillé, et, par une sorte d'entraînement, il est arrivé à être de plus en plus énergique; ce réflexe, en même temps paraît régulariser et équilibrer la contraction de façon à rendre l'effort efficace et concourant au but unique de l'évacuation, tandis qu'auparavant les efforts étaient désordonnés et s'exerçaient de façon à se contrecarrer.

Bien souvent, après avoir évacué la vessie, on se trouvera bien de laisser la bougie à demeure; la miction s'établira et deviendra de plus en plus facile.

Quelques vessies, en particulier chez les vieillards, ne se vident pas de cette manière: on a beau les solliciter, elles ne répondent pas, quoique l'urètre soit facilement perméable à la bougie; dans ces conditions, il n'y a pas d'hésitation; après avoir, autant que possible, aseptisé l'urètre, on pratique l'urétrotomie interne, ou, si d'autres indications existent, l'urétrotomie externe avec ou sans résection de l'urètre. Je n'insiste pas sur cette dernière opération qui n'est guère une opération d'urgence.

Quand le rétrécissement n'est pas franchissable, on peut avoir recours à une autre manœuvre, celle qui porte le nom de *cathétérisme appuyé*. Ce cathétérisme, vieille pratique, probablement imaginée par quelque malade, consiste à appuyer une bougie plus ou moins petite à l'entrée d'un rétrécissement qu'on ne peut franchir et à attendre : au bout d'un certain temps, on voit l'urine sourdre et s'écouler. Par quel mécanisme ? On a prétendu, et Guyon s'est fait le défenseur de cette opinion, exprimée du reste longtemps auparavant, que la bougie, d'une part, la colonne liquide, d'autre part, allant l'une au devant de l'autre, finissaient par se rencontrer et le chemin étant ouvert, l'urine s'écoulait. Mais alors on ne voit pas pourquoi on ne pourrait à ce moment introduire la bougie plus avant et la faire pénétrer dans la vessie. On a dit, à l'appui de cette opinion, que le malade sentait l'urine venant toucher le rétrécissement ; le malade la sent absolument comme il a la sensation, à l'extrémité de la verge, de la pierre qui est dans sa vessie et qui n'en est pas sortie, comme l'amputé de la jambe sent ses orteils, comme l'amputé de la verge sent son gland. Inutile d'insister.

Pour mon compte, j'aime mieux y voir une action dynamogénique s'exerçant sur la vessie et peut-être sur les vaso-moteurs des vaisseaux qui se rendent dans la zone du rétrécissement.

Quoiqu'il en soit de la théorie, la pratique justifie l'effet de ce moyen mais il n'y faut pas trop compter d'une manière absolue. Il échoue souvent, il est bien moins fidèle que le premier.

Si le cathétérisme appuyé n'a pas lui-même réussi, on pourrait se poser la question de l'urétrotomie externe ; mais ici nous sortons du cadre de la chirurgie d'urgence, de la chirurgie que tous les praticiens doivent connaître, et alors, nous pensons qu'il y a plutôt indication, pour la majorité, de faire la ponction capillaire aspiratrice de la vessie : celle-ci doit se faire aseptiquement ; il faut raser la peau du pubis, la savonner, la désinfecter, puis, avec une aiguille capillaire flambée, ponctionner au-dessus du pubis sur la ligne médiane, soit au niveau du bord supérieur de l'os, soit à 1 ou 2 centimètres au-dessus. On évacue complètement la vessie et avant de retirer le trocart, comme l'urine est septique, il est bon de pousser un peu d'eau boriquée pour nettoyer la canule, afin de réduire au minimum les chances de contamination : car il ne faut pas avoir l'espoir d'aseptiser l'extérieur de cette canule qui va souiller le trajet hypogastrique.

La ponction de la vessie a quelquefois un résultat bien curieux, celui de faire cesser la rétention et quelquefois aussi celui de rétablir la perméabilité du rétrécissement pour les bougies.

La rétention cesse, parce que la vessie reprend ses fonctions momentanément suspendues par une trop grande distension, de même que dans quelques formes d'obstruction intestinale, par paresse de l'intestin, la ponction de l'intestin, en diminuant sa distension, permet aux fibres musculaires annihilés de se contracter et de triompher de l'obstacle.

Le retour de la perméabilité du rétrécissement a peut-être une explication moins facile, puisque nous avons vu que, par sa constitution, il était peu susceptible de se congestionner ; on peut dire cependant que si le rétrécissement en lui-même est peu susceptible de modifications, les tissus avoisinants le sont, et la cessation de la douleur, la cessation des efforts peut

apporter des modifications dans la vascularisation de la région ; la verge, même en dehors de l'érection, n'a pas toujours le même volume que le froid, la crainte, les émotions diverses peuvent réduire considérablement.

Dans le cas où la nécessité de faire la ponction de la vessie s'impose, quelques chirurgiens n'hésitent pas à faire la taille hypogastrique. Nous l'avons faite nous-même il y a longtemps, en 1886, avec le concours de notre ami le docteur Pousson (de Bordeaux), sur un malade de notre ancien collègue d'internat le docteur Gille-Bréchemier (de Garches).

Nous pensons que la taille dans ces conditions est indiquée toutes les fois qu'il y a des risques d'infection générale parce qu'elle permet la désinfection plus complète de la vessie ; elle permet en même temps de faire le cathétérisme rétrograde et ensuite l'urétrotomie externe, ou une résection du rétrécissement.

La taille hypogastrique n'étant pas une opération bien difficile, n'exigeant pas un arsenal chirurgical spécial (car il y a longtemps que j'ai supprimé le ballon de Petersen), peut être considérée comme une opération d'urgence ; c'est pourquoi j'insiste ici sur son utilité. Il en est tout autrement de l'urétrotomie externe avec ou sans résection, qui demande une certaine habitude des opérations pour être menée à bien.

Pour nous résumer, nous dirons que la rétention aiguë d'urine chez les rétrécis est due à la cystite, se montrant soit d'emblée sous la forme aiguë ou subaiguë, soit sous la forme d'une poussée.

Aussi le traitement soit médical, soit topique de la cystite convient parfaitement à cette forme de rétention.

Le traitement dit médical doit toujours être tenté ; il sera associé à l'un des traitements chirurgicaux prescrits dont il est l'adjuvant.

Le traitement dit chirurgical consistera dans le passage d'une sonde si le rétrécissement est suffisant, ou d'une bougie simplement.

Si, malgré le passage de cette bougie placée et retirée d'après les indications ci-dessus, la miction ne se faisait pas, il serait indiqué de faire l'urétrotomie interne.

Si le rétrécissement n'est pas perméable, on aura recours au cathétérisme appuyé, quelquefois à l'urétrotomie externe, plutôt à la ponction capillaire de la vessie, et quelquefois aussi à la taille hypogastrique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Action de l'électrolyse sur des calculs urinaires. — Injections sous-cutanées d'acide phénique. — L'absorption par la peau

M. Yvon a communiqué à la Société de thérapeutique le résultat d'expériences qu'il a poursuivies dans le but de dissoudre les calculs urinaires à l'aide de l'électrolyse. Si l'on dispose un calcul urinaire entre les pointes de deux électrodes en platine ; isolées l'une de l'autre et dispersées en forme de pince et qu'après avoir plongé le tout dans un soluté aqueux de sulfate de soude, on fasse passer un courant électrique, on

constate que, peu à peu, le calcul est creusé et se dissout au point de contact d'une des deux électrodes. La dissolution a lieu à l'électrode positive s'il s'agit d'un calcul de phosphate triple ou de carbonate terreux, à l'électrode négative si l'on a affaire à un calcul d'acide urique.

Ces recherches sont très intéressantes, malheureusement il est impossible actuellement de les appliquer à la cure des calculs vésicaux, les dangers des courants énergiques que l'on doit employer étant considérables.

— M. A. Martin est grand partisan de l'emploi de l'acide phénique en injections sous-cutanées dans le traitement des affections rhumatismales et en général douloureuses. Il a expérimenté l'action nervine des injections phéniquées dans des rhumatismes musculaires et articulaires, des névralgies diverses, des ruptures musculaires, des contusions, des affections médicales au début ou dans le cours desquelles l'élément douleur réclamait une intervention (bronchite, congestion pulmonaire, pleurésie, colique intestinale, etc.). Les rhumatismes et ruptures musculaires ont tous guéri en une moyenne de deux journées. La durée moyenne du traitement des névralgies périphériques et du rhumatisme articulaire aigu a été de quatre jours pour les névralgies et de quatre à sept pour les rhumatismes. Dans les formes de rhumatisme mono-articulaire, le traitement phéniqué a été employé à l'exclusion de tout autre, mais deux cas seulement de formes polyarticulaires n'ont été traitées que par l'acide phénique; les autres malades ont pris du salicylate ou de l'exalgine.

— M. Renaud revenant sur d'anciennes expériences de Roussin et sur un certain nombre des siennes, a montré que la peau absorbe les sels déposés à sa surface à l'état pulvérulent. En Algérie, il a eu à soigner de très jeunes enfants, auxquels il était impossible d'administrer le sulfate de quinine pour des raisons diverses, il a eu recours souvent aux frictions faites avec de la poudre de quinine diluée dans une très petite quantité d'eau et les résultats ont toujours été satisfaisants et parfois surprenants; les accès de fièvre cessèrent ainsi que les vomissements, l'appétit revenait en même temps que la rate diminuait très rapidement. La peau n'absorbe pas les sels dissous dans l'eau, tant que le corps est plongé dans le liquide; elle absorbe les sels déposés à sa surface dès que l'eau a disparu spontanément, sans lavage. Elle absorbe également les sels déposés à l'état pulvérulent qui peuvent se dissoudre dans la matière sébacée des glandes, ains que les sels dissous dans les véhicules qui peuvent se mélanger avec la graisse des glandes de la peau : axonge, huile, térébenthine, à l'exclusion de la glycérine. L'eau seule, froide ou chaude, ne peut pas mouiller la peau, toujours enduite d'un corps gras protecteur; par conséquent, dans l'eau, aucune absorption n'a lieu, aucun échange ne peut se produire. Le bain mercuriel qui se prescrit couramment, même à des enfants, peut contenir de 20 à 40 grammes de bichlorure, l'absorption ne se produit pas; elle n'a lieu qu'au sortir du bain et elle ne porte que sur la quantité de sel qui reste dans l'eau qui mouille le corps; s'il en était autrement, les accidents mercuriels ne seraient-ils pas à redouter et n'aurait-on pas l'occasion de les constater de temps en temps, puisque l'absorption de quelques centigrammes peut produire la salivation.

Pour M. Renaud, l'absorption se ferait par l'intermédiaire des conduits excréteurs des glandes qui renferment des corps gras dans lesquels les sels se dissolvent facilement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1894

Présidence de M. A. GUÉRIN

Mort subite en vélocipède

M. L. H. PETIT relate les trois cas suivants de mort subite en vélocipède :

A. — Un homme d'une soixantaine d'années mourait subitement, il y a quelques jours, sur son vélocipède. Cet homme, robuste, s'exerçait depuis un mois avec son professeur. Au cours d'une de ces leçons, se sentant mal à l'aise, il voulut descendre, appela son professeur et mourut immédiatement dans ses bras.

Cet homme avait une affection du cœur qu'il connaissait, mais n'avait pas consulté son médecin parce qu'il prévoyait que celui-ci lui interdirait le vélocipède. Il ne faisait de la bicyclette qu'avec crainte. En réalité il ne s'était pas surmené. C'est plutôt l'émotion, la crainte qu'il éprouvait au moment où il montait en bicyclette qui a déterminé la mort.

B. — Un de mes confrères de 48 ans voulut faire disparaître son embonpoint par l'exercice du vélocipède. Il n'avait jamais eu de troubles cardiaques quand au bout de plusieurs mois de cet exercice, il fut pris d'essoufflement, d'une douleur cardiaque excessive. Il descendit de sa machine, s'assit sur un banc où il mourut peu après.

C. — Un clubmen âgé d'environ 40 ans expira sur sa bicyclette dans une rue de Paris. Il avait une maladie de cœur.

La préfecture de police a donné, du 1er janvier au 27 août 52,996 permis de circulation, ce qui fait un chiffre de 100,000 personnes s'adonnant à la bicyclette, en levant les cyclistes non déclarés. On peut dire que sur ce chiffre il y en a au moins cent qui ont une affection cardiaque.

On ne saurait trop conseiller aux gens atteints d'affection cardiaque de s'abstenir de l'exercice du vélocipède qui est extrêmement dangereux pour eux non seulement par la fatigue qu'il produit, mais les cas d'émotions qu'il provoque.

La vieillesse devrait être considéré de même comme une contre-indication formelle.

On peut résumer ceux-ci en disant :

1° Les maladies du cœur constituent un contre-indication formelle à l'usage de la bicyclette.

2° On peut considérer également la vieillesse comme une contre-indication formelle.

3° Les cardiaques, les vieillards qui s'y adonnent doivent s'attendre à des accidents graves.

Mortalité des nouveau-nés

M. CHARPENTIER lit un rapport sur un travail de M. Ledé relatif à la mortalité des enfants en bas-âge. L'auteur demande création d'un bureau central de statistique ils préférerait qu'on employât l'argent à rechercher les causes de cette mortalité.

La protection de l'Enfance dans le Département de la Seine en 1892 (1)

Situation et fonctionnement des crèches

Par M. le docteur R. Blache (2)

Nous ne devons pas omettre de dire que, comme les années précédentes, un grand nombre des enfants décédés *étaient malades au moment de leur entrée dans le service.*

Par rapport aux saisons, les 344 décès se répartissent ainsi :

Hiver	73, soit 21 p. 100
Printemps. . . .	75, soit 22 p. 100
Eté	130, soit 38 p. 100
Automne	66, soit 19 p. 100

Près des deux cinquièmes des décès se sont donc produits en été.

Le nombre de décès survenus pendant le mois d'août a été presque double de celui du même mois de 1891, et il faut se rappeler que ce mois a été signalé en 1892 par une période de chaleurs absolument anormales et qu'il a été constaté que le maxima de la température ont atteint souvent 35°5 contre 29°6 en 1891.

C'est pendant le mois de février que la mortalité a été la plus faible.

Ce sont les trois premiers mois de la vie qui ont présenté la mortalité la plus élevée. Le maximum a été atteint pendant le premier mois (52). En 1891, le nombre des décès avait été presque double de celui du premier mois.

Parmi les nourrissons âgés de 0 jour à 1 an, il a été enregistré 298 décès (21 de moins qu'en 1891) soit 87 p. 100 de l'effectif mortuaire.

Les nourrissons de 1 an à 2 ans ont donc compté 46 décès (13 de plus qu'en 1891, (soit 13 p. 100).

Par rapport au sexe, les 344 nourrissons décédés en 1892 comprenaient : 184 garçons, suit 53 p. 100, et 160 filles, soit 47 p. 100 de l'effectif mortuaire.

La mortalité de chaque sexe par rapport au nombre de nourrissons appartenant à ce même sexe, a été de 8,17 p. 100 pour les garçons et de 7,42 p. 100 pour les filles.

Par rapport à l'état civil, les 344 nourrissons décédés en 1892 comprenaient :

224 enfants légitimes, soit 65 p. 100 et 120 enfants naturels, soit 35 p. 100 de l'effectif mortuaire,

Comme tous les ans, nous constatons, en 1892, que la filiation illégitime a été plus éprouvée que la filiation légitime.

En effet, en comparant la mortalité de chaque filiation au nombre des nourrissons appartenant à cette même filiation, nous obtenons les proportions suivantes :

7,03 p. 100 pour les enfants légitimes et 9,82 p. 100 pour les enfants naturels.

Ces proportions sont supérieures à celles de 1891. L'écart entre elles a presque doublé.

Il y a eu en 1892, 21,084 enfants (1,165 de moins qu'en 1891) que des parents, domiciliés dans le département de la Seine, ont déclaré placer savoir :

2,322 dans le département de la Seine, dont 635 à Paris et 1,687 dans la banlieue, et 18,762 hors du département de la Seine.

Sur ce nombre, 6,515 devaient être élevés au sein, dont 259 à Paris, 766 dans la ban-

(1) Voir l'*Union Médicale* du 4 septembre 1894.

(2) Lue à l'Académie dans la séance du 7 août 1894.

ieue et 5,490 en province, et 14,569 devaient être élevés au biberon ou autrement, dont 376 à Paris, 921 dans la banlieue et 13,272 en province.

La proportion des placements au sein a été de 31 p. 100 (au lieu de 32 p. 100 en 1891) ce qui permet toujours de dire que sur 3 enfants mis en nourrice, 1 seul est élevé au sein.

Il est malheureusement à remarquer que le nombre des enfants nourris au sein va oujours en diminuant.

En revanche, la proportion des placements a encore faibli cette année.

En effet, il y a eu en 1892, 78,721 naissances (83 de moins qu'en 1891) et 21,084 placements, soit 26,78 p. 100 au lieu de 28,23 p. 100 en 1891.

Enfin, il y a eu en 1892, 2,816 déclarations d'élevage (499 de moins qu'en 1891).

Le nombre des nourrices visitées à la Préfecture de police en 1892, a été de 13,265 (59 de moins qu'en 1891). Sur ce nombre, 9,963 ont été reçues nourrices au sein, 3,212 au biberon et 90 ont été refusées. A la contre-visite, 598 ont dû être ajournées comme ne présentant pas toutes les garanties désirables. La cause la plus regrettable des ajournements est due à l'irrégularité par trop fréquente des certificats médicaux dont sont munies les nourrices (249).

13,605 nourrices se sont présentées *à l'inscription* pour se faire délivrer un carnet de nourrice.

Sur ce nombre, 13,341 ont eté inscrites et 264 refusées.

Le nombre des bureaux de nourrices n'a pas varié en 1892 ; il est toujours de 17.

Enfin, le nombre de femmes auxquelles ces bureaux ont procuré des places de nourrice sur lieu ou des nourrissons s'est élevé à 9,970 (407 de moins qu'en 1891).

Crèches

Je crois qu'il n'est pas sans intérêt d'ajouter ici quelques notes sur la situation et le fonctionnement des crèches, dont l'importance n'est plus à démontrer. En effet, voyons-nous chaque année ces établissements fréquentés par nombre d'enfants de plus en plus élevé.

Ces établissements se perfectionnent sans cesse ; néanmoins il y a encore, selon nous, bien des réformes à opérer.

Précisément cette question vient d'être traitée tout récemment par M. le docteur Napias, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur.

C'est après avoir étudié la question à fond et inspecté un grand nombre d'établissements que notre distingué confrère a cru devoir, dans sa conférence du 21 mars dernier, présenter ses judicieuses observations.

La situation officielle du docteur Napias, son dévouement aux institutions philanthropiques, sa connaissance parfaite des questions d'hygiène et des établissements hospitaliers sont autant de facteurs qui donnent une grande autorité à ses critiques.

Comme notre confrère, nous devons reconnaître que bien des perfectionnements pourront être introduits dans les crèches, afin d'améliorer leur situation hygiénique.

Cependant, je suis heureux de dire que nos efforts incessants tendent tous vers ce but et que tous les jours nous avons quelque amélioration à constater, car nous cherchons, par tous les moyens possibles, à faire accepter l'hygiène dans les crèches et lorsque le personnel de ces établissements répond à nos exigences, nous sommes heureux de le voir s'appliquer à la bonne exécution des conseils et des exemples que nous lui donnons.

Le Conseil d'administration des crèches, dans le but de faire mieux pénétrer l'hygiène dans ces établissements vient de faire distribuer à toutes les directrices et à chacun des médecins-inspecteurs une brochure dans laquelle je me suis efforcé de réunir les pré-

ceptes et les recommandations les plus simples en même temps que les plus pratiques de l'hygiène spéciale aux crèches.

(*A suivre.*) Dr R. Blache.

COURRIER

La direction de l'hygiène publique vient d'inviter les préfets à prendre un arrêté d'interdiction pour l'allaitement artificiel des enfants, non seulement des biberons métalliques, mais encore des biberons à tube de différents types de fabrication dont l'usage était encore autorisé par les médecins inspecteurs.

Il sera aussi défendu aux nourrices d'administrer aux enfants âgés de moins d'un an une nourriture solide quelconque, à moins d'une prescription médicale *formulée par écrit.*

Congrès médical indien. — Du 24 au 29 décembre 1894 se tiendra à Calcutta un *Congrès indien de médecine*, divisé en 6 sections : 1° médecine et pathologie ; 2° chirurgie et ophthalmologie ; 3° obstétrique, maladie des femmes et des enfants ; 4° médecine publique ; 5° médecine légale et aliénation ; 6° pharmacologie et spécialement drogues indigènes.

Les organisateurs de cette réunion nous annoncent des études spéciales sur la pathologie de l'Inde, et à cet égard leur congrès comblera une lacune.

Italie. — Le docteur I. Rosati, médecin de la marine italienne, a présenté au concours international de la Croix-Rouge italienne un chariot-brancard d'ambulance, qui a obtenu le premier prix. Ce chariot peut être traîné par deux hommes ; son chargement, très compliqué, comprend un siège pour deux blessés assis, un lit d'opérations replié, une caisse de médicaments, un brancard en toile à montants démontables, un brancard pliant pouvant se monter sur les roues du charriot, une civière en toile pour blessé assis, trois sièges en filet et un fanal. Il est douteux qu'un appareil ainsi composé soit d'un usage commode en temps de guerre.

— Une statistique publiée par un journal anglais, montre que dans les maisons de bains publics de Londres le nombre des clients mâles dépasse de beaucoup celui des femmes. Voici, par exemple, le chiffre des entrées dans une des principales maisons du West-End :

En 1889, 10,104 dames, 56,400 hommes ; en 1890, 11,843 dames, 67,186 hommes ; en 1894, 15,540 dames, 105,258 hommes.

A en juger par cette statistique, non seulement la propreté des hommes est supérieure à celle des femmes, mais elle le devient sans cesse davantage. Il serait intéressant de savoir si la chose est spéciale à l'Angleterre ou si les statistiques des bains français donneraient des résultats équivalents.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris· — Impr. Alcan-Lévy, rue hauchat, 24.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — Feuilleton. — Revue de la presse étrangère. — La protection de l'enfance dans le Département de la Seine R. Blache. — Courrier.

Hôpital Saint-Louis. — M. docteur Georges Thibierge Suppléant M. le docteur E. Besnier

—

De l'ecthyma

Messieurs,

L'ecthyma constitue, dans le groupe des affections pustuleuses de la peau, une espèce bien nette au point de vue clinique qui mérite d'être mise à part.

On ne doit pas confondre sous ce nom toutes les lésions cutanées se traduisant par le développement de pustules ; il faut le réserver à une affection caractérisée par des pustules arrondies, reposant ordinairement sur une base enflammée, dont le contenu reproduit par inoculation, soit sur le sujet atteint, soit sur un sujet sain, des lésions de même ordre, évoluant rapidement, affection laissant ordinairement à sa suite une cicatrice persistante.

Le type le plus parfait des pustules d'ecthyma est fourni par l'inoculation expérimentale du pus d'éléments semblables. Quelques heures après l'insertion du pus dans les couches épidermiques, on voit apparaître au pourtour du point d'insertion une tache rouge ; le lendemain, une saillie papuleuse s'est développée au centre de la zone rouge, puis cette saillie est surmontée d'une vésicule ; enfin le contenu de la vésicule se trouble et celle-ci se transforme en une pustule véritable remplie de pus tantôt liquide, tantôt épais et opaque. Cette tranformation purulente est complète au quatrième jour. E. Vidal insistait sur cette évolution cyclique et sur la régularité avec laquelle la pustule parvient à l'état adulte à cette date fixe et fatidique du quatrième jour.

FEUILLETON

—

Pro domo

Depuis le jour où l'on m'a fait le grand honneur et le très grand plaisir de me charger d'écrire ces feuilletons de quinzaine, aucun remords n'était venu troubler la sereine quiétude de ce léger travail où je me complais infiniment. Dans mes lectures, dans mes souvenirs, dans les bizarreries de l'actualité, je choisissais le fait, le livre, l'anecdote qui me paraissait être le plus propice aux fantaisies d'une verve plus gaie que raisonneuse, plus futile qu'utilitaire, émue quelquefois, jamais triste. Or, des scrupules me sont venus, ces jours-ci, qui m'ont troublé et m'ont amené à faire un sérieux examen de conscience. Ils ne me sont point venus tout seuls ; ils ne sont pas le produit spontané d'une imagination timorée ; les reproches qui les ont fait naître je ne me les suis point adressés de moi-même ; je les ai trouvés tout écrits, tout imprimés dans un travail d'une certaine importance que j'avais lu avec intérêt, avec plaisir même. J'en étais

Toutes ces phases de l'évolution des pustules peuvent s'observer dans l'ecthyma évoluant spontanément, mais les premières périodes sont souvent moins nettes que dans l'ecthyma inoculé.

La pustule de l'ecthyma spontané, parvenue à l'état adulte, présente presque toujours une forme régulièrement arrondie, plus rarement ovalaire ; de forme acuminée ou hémisphérique, elle est souvent rompue par la pression des vêtements ou par le grattage et se vide partiellement ; sa forme est alors irrégulière, la couche épidermique qui la recouvre est ridée, le liquide accumulé dans la partie déclive de la pustule.

Les dimensions des pustules sont variables : quelquefois ne dépassant pas la largeur d'une tête d'épingle, elles atteignent plus souvent le diamètre d'une tête d'épingle ou d'une pièce de 50 centimes, parfois même d'une pièce de 1 franc ou de 2 francs. Les pustules qui atteignent ces dimensions extrêmes sont toujours affaissées.

Le mode d'extension peut être pris sur le vif autour de quelques pustules : on voit, immédiatement en dehors d'elles, dans la zone rouge qui les entoure, l'épiderme soulevé circulairement par un liquide purulent, une sorte de bourrelet de pus qui finit par se réunir à la pustule principale en augmentant ses dimensions ; cette pustule secondaire périphérique est le résultat d'une inoculation sous-épidermique, comme l'appelait E. Vidal, c'est-à-dire de l'infection de proche en proche des couches dermique et épidermique par les agents pathogènes.

La base des pustules d'ecthyma est rouge, plus ou moins enflammée dans une étendue variable ; elle est en même temps tuméfiée et légèrement saillante par rapport aux parties voisines ; à la palpation, elle est un peu empâtée, mais sans dureté véritable. Parfois, ces phénomènes inflammatoires de voisinage sont plus accentués encore, les pustules reposent sur une surface érythémateuse et œdématiée ; parfois encore l'inflammation est assez considérable pour qu'il se produise, surtout aux membres inférieurs, des taches purpuriques plus ou moins larges à la périphérie des

---

presque à la dernière page quand tout à coup, à propos des regrets que l'auteur exprime touchant les tendances philosophiques de notre génération médicale actuelle et les dangers de ses « désolantes doctrines », je lus ceci : « On ne peut en donner ce me « semble, de meilleure preuve qu'en suivant le mouvement des idées dans les pério- « diques scientifiques. Je détache de l'*Union médicale* du 4 juin 1849, le feuilleton sui- « vant qu'on chercherait en vain, de nos jours, à son rez-de-chaussée, où l'on ne trouve « plus aujourd'hui que des banalités... » ; suit un long pasasge de ce feuilleton qui était intitulé : *Matérialisme de l'époque, Sursum corda.*

Le passage cité est fort beau. Ce sont de grandes idées exprimées dans un langage élevé. Il était dû, si je ne me trompe, à la plume du docteur Dominique — j'allais dire saint Dominique, tellement le morceau semble détaché d'une homélie de quelque Père de l'Eglise. Il est certain que cela ne ressemble en rien aux propos moins sérieux dont je me suis fait une habitude. Mais est-il donc si regrettable que, tous les quinze jours, une publication scientifique sacrifie quelques-unes de ses pages à une causerie moins grave ? Quel que soit le lecteur d'un journal, étudiant ou praticien, est-ce un mal si, deux

éléments; cette altération locale se voit principalement chez les sujets âgés et cachectiques.

Les pustules se rompent sous l'influence de causes extérieures (pression, grattage, etc.) : le liquide purulent, tantôt fluide et trouble, tantôt épais, jaunâtre ou verdâtre, s'écoule et se concrète en croûtes d'abord verdâtres, puis grisâtres ou brunes par suite de leur mélange avec du sang. Les croûtes sont encore en partie formées par le revêtement épidermique de la pustule. Elles forment des couches d'épaisseur variable, parfois concrétées en masses volumineuses, irrégulières, stratifiées, analogues à des écailles, d'huître auxquelles on réserve le nom de rupia, le plus souvent moins épaisses et moins larges, répondant au centre de la pustule ou à toute son étendue. La partie profonde des croûtes est plus ou moins infiltrée de pus sanieux ou concret. Leur chute laisse à nu une surface suintante et suppurante dont la sécrétion forme bientôt de nouvelles croûtes. Cette surface suintante est en réalité une ulcération, ulcération tantôt superficielle, qui se répare facilement lorsqu'elle est pansée régulièrement et proprement, tantôt profonde, atteignant la portion sous-papillaire du derme, pouvant même la dépasser et d'une réparation difficile; la forme la plus grave des ulcérations ecthymateuses a reçu le nom d'ecthyma térébrant; elle ne s'observe guère que chez les sujets cachectiques et plus encore chez les jeunes enfants, le terrain, plus encore peut-être que les propriétés particulièrement virulentes des agents pathogènes, doit être invoqué pour en expliquer le développement.

Même lorsque les ulcérations sont très superficielles, l'ecthyma laisse après lui des cicatrices. Parfois peu étendues, non déprimées, sans changement dans la coloration du tégument et par conséquent peu apparentes, ces cicatrices sont d'autres fois larges, irrégulières, blanches, entourées d'une zone de pigmentation d'un brun plus ou moins foncé, très apparentes et indélébiles.

La pigmentation brune qui entoure souvent les cicatrices d'ecthyma ne

---

fois par mois, le numéro qu'il ouvre fait trêve pour quelques instants à ses préoccupations ordinaires, à sa contention perpétuelle d'esprit. Le délassement n'est-il point permis ? ou n'est-il pas de la dignité de la science que ce soit elle-même qui en fournisse le sujet ? Par ce temps de travail à outrance, de découvertes incessantes, de rénovation doctrinale où le progrès marche à la vapeur, c'est parfois une rude besogne de suivre au jour le jour sa course vertigineuse. Le médecin aux prises avec les exigences matérielles étroites de la clientèle et qui n'a guère de loisirs pour les longues études du cabinet, ne peut suivre que dans son journal l'évolution si rapide des théories, la succession presque décourageante des faits acquis. La lecture des articles scientifiques lui est parfois aride, dans ces conditions. Il lui faut un effort dont beaucoup ne se doutent pas, pour qu'elle ne laisse en son esprit ni trous ni lacunes et qu'aucun anneau intermédiaire ne lui échappe de cette chaîne dont les maillons se déroulent avec tant de vitesse qu'on en est confondu. Le feuilleton doit être un repos de cette fatigue. Il est, à mon avis, comme ces paliers qu'on ménage dans la montée des hauts escaliers, pour couper l'effort et l'essoufflement de l'ascension.

doit pas être considérée comme l'indice de leur origine syphilitique : elle est due, comme l'a fait remarquer mon collègue A. Broca, aux conditions défectueuses de la circulation veineuse des membres inférieurs, siège habituel de ces cicatrices pigmentées. La forme arrondie, les dimensions relativement peu considérables de ces cicatrices permettent presque toujours de les rapporter facilement à leur véritable origine. (*A suivre*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

De la pseudo-insuffisance aortique

Les signes fournis par l'auscultation du cœur sont, quelquefois, on le sait, d'une interprétation extrêmement difficile. L'examen rigoureux du pouls et des vaisseaux aide souvent, dans ces cas difficiles, à établir un diagnostic. Dans quelques circonstances cependant, on aurait tort de se fier uniquement aux signes fournis par l'appareil circulatoire périphérique.

En effet, sous le nom de *pseudo-insuffisance aortique*, M. Litten a décrit, l'année dernière (1), un complexus symptomatique qu'il avait observé à plusieurs reprises et dans lequel se retrouvent tous les signes de l'insuffisance aortique : pouls de Corrigan, pouls capillaire, double souffle artériel, etc. Mais il manque un signe de la plus haute importance, le souffle diastolique de la base. Il y a, pour ainsi dire, contradiction entre les signes fournis par l'examen du cœur et ceux fournis par l'examen de l'appareil circulatoire périphérique. S'agit-il ou non d'une insuffisance aortique ? L'autopsie de trois malades est venue démontrer à M. Litten que, malgré les caractères du pouls, l'existence du pouls capillaire et des autres symptômes, il n'y avait pas dans de tels cas d'insuffisance aortique ; les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient capables d'une occlusion complète de l'orifice ; néanmoins il existait un certain degré d'hypertrophie du cœur.

C'est à un trouble d'innervation du cœur et des gros vaisseaux que M. Litten rapporta la production des signes d'insuffisance aortique ; il y aurait paralysie des fibres musculaires des parois artérielles.

(1) Société de médecine interne de Berlin, novembre 1893.

N'est-ce donc rien que les quelques feuillets sans prétention, qu'on peut lire d'un œil presque distrait, sans le souci d'en avoir une seule ligne à garder dans sa mémoire parce qu'il n'y a rien autre chose à en tirer que la distraction du moment; parce qu'on sait d'avance qu'on pourra les avoir oubliés la minute d'après sans préjudice pour soi ni pour les autres ?

S'il devait en être autrement, à quoi bon conserver au feuilleton une place spéciale avec une rubrique particulière ? Sous le trait gros qui le sépare du corps du journal, il avertit d'emblée, avec sa bonhomie modeste, que le lecteur ne doit pas s'attendre à trouver là l'exposé dogmatique de graves questions, ni de savantes controverses, ni des polémiques rébarbatives.

« Confrère, semble-t-il dire, voulez-vous déposer un instant le fardeau de votre labeur quotidien ; vous plaît-il d'oublier pour quelques minutes vos habituels soucis ; vous plaît-il de causer sans façon avec quelqu'un qui vous aime bien ? En ce cas franchissez cette barrière noire en deçà de laquelle il m'est prescrit de me tenir et lisez-moi, feuilletez-moi à votre guise. Attardez vous, si ma causerie vous agrée j'en serai très

L'opinion de M. Litten fut combattue par M. Furbringer qui fit remarquer qu'une insuffisance aortique pouvait parfaitement exister sans que le malade présentât de souffle diastolique de la base. M. Fürbringer a observé autrefois, et pendant plusieurs mois, un vieillard qui présentait tous les signes de l'insuffisance aortique sauf le souffle; à l'autopsie, on trouva les valvules sigmoïdes gravement altérées. Ce n'est pas là un cas unique, et M. Fürbringer en a pour sa part observé plusieurs autres semblables.

De plus, il est d'autres faits dans lesquels le souffle disparaît de temps en temps. Ces cas peuvent s'expliquer par l'hypothèse d'une pression artérielle insuffisante pour produire le souffle. Dans d'autres cas, le souffle se modifie beaucoup sous l'influence de l'exercice ou du repos; ainsi, chez certains malades au repos, on perçoit un souffle diastolique caractéristique qui disparaît dès que le malade se lève et se livre à l'exercice corporel. On peut donc objecter à M. Litten que, dans les cas qu'il rapporte, il s'agit de cas d'insuffisance aortique relative, dans lesquels le souffle disparaît pour une raison encore inconnue.

M. Litten ne croit pas à l'insuffisance aortique vraie sans souffle diastolique de la base. Quant à l'insuffisance relative de l'aorte, dans laquelle il y a disproportion entre les dimensions de l'anneau aortique et celles des valvules, il ne faut pas la confondre avec la pseudo-insuffisance.

M. Leyden, de son côté, avait observé toute une série de cas auxquels conviendrait bien, d'après M. Litten, l'épithète de pseudo-insuffisance aortique. A la suite de rhumatisme articulaire, s'étaient montrés chez plusieurs malades tous les signes de l'insuffisance aortique, mais au lieu du souffle diastolique il existait un souffle systolique.

M. Leyden est revenu sur cette question de la pseudo-insuffisance aortique. Il a montré à la Société de médecine interne de Berlin (1), un cœur présentant les lésions de l'insuffisance aortique avec altérations graves des valvules sigmoïdes; pendant la vie on ne pouvait percevoir chez le malade aucun souffle diastolique. Il montra aussi le cœur d'une malade qui, dans le cours d'une septicémie puerpérale à laquelle elle avait succombé, avait présenté des signes d'endocardite manifeste accompagnée de dilatation cardiaque, les troubles fonctionnels du cœur ayant été très prononcés à la fin de la vie

(1) Janvier 1894.

---

flatté et encore plus réjoui. Passez vite si je vous ennuie; je serai chagrin peut-être de ne pas vous avoir plu, mais aucunement fâché pour cela, et je garderai l'espoir d'être mieux à votre goût la prochaine fois. » Telle est l'idée que je me suis toujours faite du rôle — tout à fait agréable à remplir, je vous assure, — qu'on m'a confié. Autre chose est de savoir si je le remplis bien; j'y fais de mon mieux, c'est tout ce que je puis dire.

Je crois bien pouvoir affirmer cependant que je réussirais encore moins bien, ou plus mal, si j'essayais de mettre à profit l'observation qui m'est faite. Discuter les grandes questions sur lesquelles, depuis que le monde est monde, philosophes et métaphysiciens se disputent sans arriver à s'entendre! soutenir des thèses brûlantes! faire concurrence aux orateurs sacrés! m'en préserve le Ciel.

Je n'ai ni cette envergure, ni cet orgueil, ni cette imprudence. Et de quel droit, n'ayant la prétention d'occuper ni une chaire ni une tribune, imposerais-je à ceux qui peuvent penser autrement que moi, l'ennui de me voir attaquer leurs convictions?

Non est his locus. Les banalités, puisque banalités il y a, me paraissent encore préféra-

de cette malade ; il n'y avait cependant aucun souffle appréciable par l'auscultation.

De cette discussion il résulte qu'une lésion organique du cœur peut fort bien ne pas se traduire par l'ensemble des signes habituels. On comprend alors quelle peut être la difficulté du diagnostic.

D'autres fois, les signes stéthoscopiques existent, mais ils ne s'entendent pas avec leur maximum d'intensité à leur niveau habituel. C'est ainsi, par exemple, que le souffle de l'insuffisance aortique peut ne s'entendre que près de la pointe du cœur, sur une ligne qui la réunirait au deuxième espace intercostal droit. Quand ce souffle siège tout à fait à la pointe, il faut le distinguer du souffle de rétrécissement mitral qui a le même siège, ce qui est ordinairement facile.

Cette signification du souffle diastolique de la pointe, tous les auteurs aujourd'hui sont à peu près d'accord pour l'admettre. Toutefois, M. Théodore Fisher (1) a une autre açon de penser. Le souffle diastolique ou présystolique de la pointe peut signifier une dilatation cardiaque. En effet, en examinant les comptes rendus des autopsies des enfants ayant succombé à Guy's Hospital à la suite de symphise du péricarde, M. Fischer a rencontré sur treize malades cinq cas dans lesquels on avait perçu pendant la vie un souffle diastolique ou présystolique, bien qu'à l'autopsie, on n'ait rencontré ni rétrécissement mitral ni insuffisance aortique. Par contre, il existait dans ces cinq cas une dilatation du ventricule gauche et de l'orifice mitral.

M. Fisher fait ensuite remarquer que la symphyse cardiaque est, chez les enfants, une des grandes causes de dilatation du cœur et qu'elle amène la mort bien plus fréquemment que le rétrécissement mitral. La constatation du souffle diastolique et présystolique de la pointe, servant dans quelques cas à diagnostiquer une dilatation du ventricule gauche, prend donc, par ce fait, une réelle valeur pronostique ; elle autorise à porter un pronostic grave, plus grave du moins que celui du simple rétrécissement mitral.

Troubles cardiaques consécutifs à la grippe

Un des auteurs qui se sont plus particulièrement occupés des maladies du cœur, en Angleterre, M. Sansom (2), a publié récemment un travail sur les troubles cardiaques

(1) *Royal méd. and chir. Soc. of London*, juin 1894.
(2) Pathol. Society of London, mai 1894.

---

bles. Là, ni pédanterie, ni morgue, rien de gourmé. L'écrivain et le lecteur sont également à l'aise, non pas tout à fait en chemise, comme Musset écrivant *Namouna*, mais en robe de chambre et absolument sans cérémonie.

D'ailleurs les mille petits faits de l'actualité scientifique ou parascientifique sont loin d'être tous dénués d'intérêt et, sous la fantaisie dont le récit les enveloppe, beaucoup d'entre eux permettent de dégager quelque conclusion moins vaine qu'il ne paraît. Si à la place de ce regrettable plaidoyer *pro domo* où je me suis laissé entraîner, j'avais consacré l'espace qui m'est réservé à saluer la mémoire du grand homme de bien que l'Autriche vient de perdre, de cet ancien chef du service de santé de son armée qui déploya en faveur de nos prisonniers pendant l'effroyable guerre, une si belle charité, un si noble dévouement, une générosité si exceptionnelle, aurais-je eu un si grand tort ? Si j'avais plaisanté (dans la crainte d'être obligé de m'en irriter) la faveur toute spéciale que la magistrature ne manque pas une occasion de nous témoigner, soit en faisant un pont d'or à ceux d'entre nous dont elle emprunte les lumières pour ses expertises médico-légales, soit en frappant impitoyablement les gueux qui abusent de la cré-

consécutifs à qui a observé plus de 100 casl'influenza. L'auteur, de complications cardiaques de la grippe, divise ainsi ses observations : cardialgie, 23 cas ; tachycardie, 37 cas ; arythmie, 25 cas ; bradycardie, 5 cas ; lésions organiques, 10 cas.

C'est surtout de la tachycardie et de la cardialgie que M. Sansom s'occupe dans ce travail.

Les cardialgies étaient les unes paroxystiques, les autres plus ou moins sourdes, les premières ressemblant souvent à des crises d'angine de poitrine, très intenses, très brusques et amenant quelquefois la syncope. La syncope, d'ailleurs, pouvait se produire en dehors de douleurs vives.

Les douleurs sourdes s'accompagnaient avec chaque battement cardiaque d'une sensation très pénible de malaise ; les malades accusaient souvent des points douloureux au niveau des espaces intercostaux ; souvent il existait des signes de névrite du plexus brachial. C'est d'ailleurs à une névrite du plexus cardiaque que M Sansom attribue la cardialgie post-grippale.

Quant à la tachycardie, elle serait certainement le plus fréquent des troubles consécutifs à l'influenza. Il n'y a rien de fixe dans son apparition — qui peut succéder rapidement à une attaque de grippe ou ne se faire que de longs mois après —, rien de fixe non plus dans sa durée. Elle s'accompagne parfois des signes du goître exophtalmique, ce que M. Sansom explique par une altération du pneumogastrique s'opposant à l'action modératrice de ce nerf sur le cœur. Il est possible, d'autre part, qu'il existe des lésions irritatives des nerfs accélérateurs du cœur.

Au point de vue thérapeutique, M. Sansom conseille de donner, contre les cardialgies, le sulfate de quinine associé à des antispasmodiques, la morphine, les bromures, les iodures, l'arsenic. Dans quelques cas, un courant continu, faible, appliqué au niveau du cou dans la région du pneumogastrique, a donné d'excellents résultats. Pour la tachycardie, il faut bien reconnaître que l'on est très mal armé contre elle, la plupart des médicaments n'exercent sur elle aucune action. M. Sansom a cependant obtenu quelques bons résultats avec l'application longtemps prolongée d'un courant continu très faible.

Pour expliquer les troubles cardiaques post-grippaux et particulièrement la tachy-

---

dulité publique ou de leur propre situation sociale pour exercer la médecine sans diplôme, soit en montrant, comme elle l'a fait en un récent et triste procès, ce que pèse à ses yeux une dénonciation calomnieuse et grotesque en présence de trente années d'une vie publique et privée honorable, fière et jusque-là sans tâche ni sans soupçon, aurais-je dit des choses foncièrement vaines et inutiles ? et le *Sursum Corda* qu'un de mes honorés prédécesseurs prenait pour texte de son article ne pourrait-il pas aussi monter de la lecture de ces choses-là ? N'eussé-je fait que vous amuser en vous racontant l'étude physiologique à laquelle s'est livré le Dr A. Whartin sur les effets de la musique de Wagner, dont certains opéras, le *Tannhauser*, par exemple, « font surtout dormir », tandis que d'autres comme la *Valkyrie*, « font surtout suer », que je ne croirais point avoir mérité un blâme sévère.

Ce blame sévère ne m'en a pas moins été infligé par un érudit confrère, le Dr J. Roger, du Hâvre, dans sa brochure *Médecins, chirurgiens et barbiers* qu'il vient d'ajouter à une liste déjà longue de publications médico-chirurgicales et politiques. *Banalitas banalitatum....* si dur que ce soit de recevoir de plein fouet un décochtraité

cardie. M. Althaus accuse une altération des centres bulbaires, cardiaque et vaso-moteurs. En effet, si, comme le dit M. Sansom, le pneumogastrique ou ses filets étaient atteints, il y aurait des vomissements ; ceux-ci manquent chez les malades atteints de tachycardie post-grippale. D'autre part, celle-ci s'accompagne fréquemment de polyurie, de glycosurie, d'albuminurie, qui indiquent bien une lésion bulbaire.

Si, comme l'a remarqué M. Sansom, le tableau de troubles cardiaques post-grippaux se rapproche de celui du goitre exophtalmique, c'est que cette dernière affection, pense M. Althaus, relève de lésions des corps restiformes ; elle est donc non pas une simple névrose, mais une maladie bulbaire.

Quant au traitement, M. Althaus a obtenu d'excellents effets de l'administration précoce du salicylate de soude suivie de l'administration de la phénacétine et de la caféine ; courants continus de faible intensité donne aussi de bons résultats.

Il est intéressant de rapprocher les opinions de ces auteurs anglais, sur la nature des complications cardiaques de la grippe, de celles que plusieurs auteurs ont récemment exprimées en France sur la nature des complications cardiaques de la fièvre typhoïde : MM. Galliard, Huchard, Hayem, Siredey, Rendu, etc. (Voir comptes-rendus de la Société médicale des hôpitaux, juillet 1894.) Il est, en effet, à remarquer que des troubles fonctionnels tels que la cardialgie, la tachycardie, la bradycardie, l'arythmie, sont nettement séparés, par les auteurs anglais, des troubles organiques du cœur et rapportés des altérations nerveuses périphériques ou centrales.

M. Matthew Caw (1) attribue en outre les troubles cardiaques dans l'influenza à un certain degré de paralysie des nerfs vaso-constricteurs amenant à sa suite des désordres dans la circulation périphérique : perte de la tonicité des artérioles, dilatations vasculaires, congestion des tissus ; d'où les hémorragies des muqueuses, les suffusions sanguines des séreuses, les diarrhées profuses ; d'où aussi les troubles cardiaques profonds allant jusqu'à l'arrêt de l'organe, jusqu'à la syncope fatale. L'abaissement de la pression sanguine, qui résulte de la dilatation vasculaire générale, la diminution considérable du poids de la colonne sanguine chassée par les contractions ventriculaires, tendent à produire l'arrêt du cœur en diastole. M. Caw considère donc ce désordre de la circula-

(1) *British méd. journ.*, 19 mai 1894.

---

avec cette franchise exempte de toute atténuation, je n'en garde ni aigreur ni rancune. On peut ne pas prêcher l'Evangile ; cela n'empêche pas toujours d'en pratiquer les maximes. Et, pour en donner une éclatante preuve, je veux élever mon âme jusqu'à dire, en terminant, le bien que je pense d'un travail consciencieux qui est le fruit certainement de beaucoup de recherches et de nombreuses lectures.

Tout ce qui a trait à l'histoire de la médecine excite à un haut degré notre curiosité et notre sympathique intérêt. Mais, de toutes les périodes qu'a traversées notre art, je n'en connais pas qui soit plus attachante que les quelques siècles du moyen âge ; moins pour l'intarissable succession des querelles et des luttes, entre les trois classes d'hommes exerçant alors les diverses branches de la profession, que pour la naïveté sincère et touchante des coutumes, des usages et des mœurs. Ce qui se rapporte à l'enseignement, aux examens, à la vie et à la condition des étudiants d'alors a un attrait tout particulier, un charme spécial, une saveur exquise.

Les meilleures pages de la brochure du Dr Roger sont justement consacrées à cette étude. Il faut y lire la sage lenteur avec laquelle la Faculté de Paris procédait dans les

tion périphérique, dû lui-même à un trouble fonctionnel du grand sympathique, comme une cause de troubles cardiaques au moins égale aux lésions du muscle cardiaque lui-même, ou de ses ganglions, ou aux troubles du pneumogastrique.

La protection de l'Enfance dans le Département de la Seine en 1892

Situation et fonctionnement des crèches

Par M. le docteur R. Blache (1)

(*Suite et fin.*)

Nous devons reconnaître aussi, avec le docteur Napias, que certaines crèches sont dans de fâcheuses conditions de salubrité.

Mais, ici, deux raisons très importantes sont à considérer :

D'abord leur situation qui doit être au centre des établissements industriels ou commerciaux, afin que les mères ne soient pas obligées de faire une trop longue course pour y venir allaiter leurs enfants, ce qui serait trop préjudiciable aux intérêts des parents et surtout à la santé des enfants, ensuite la proportion des dépenses aux recettes lesquelles recettes ne sont malheureusement pas suffisantes pour établir des crèches dans des conditions d'hygiène absolument parfaites.

Nous ne partageons pas entièrement l'avis de notre éminent confrère au sujet de la mortalité des crèches, mortalité dont la proportion est assez difficile à établir, et nous sommes, au contraire, persuadés que cette mortalité serait bien plus grande si les enfants qui fréquentent ces établissements restaient continuellement dans les logements insalubres pour la plupart, habités par les familles pauvres.

Enfin, nous sommes persuadés que si les crèches n'ont pas encore donné tous les bons résultats qu'on est en droit d'en attendre, elles avancent toujours dans la voie du progrès et se perfectionnent chaque jour davantage.

Examinons maintenant leur situation numérique et le mouvement qu'elles ont occasionné en 1892.

(1) Voir l'*Union Médicale* du 4 et 6 septembre 1894.

acquisitions successive des immeubles où elle reste installée jusqu'à la fin du dernier siècle. Elle était loin d'être prospère à ses débuts. Le nombre des inscriptions atteignait à peine *vingt* par an et ceux qui les prenaient ne roulaient point sur l'or. On rencontrait bien, par hasard, quelques privilégiés de la fortune qui dépensaient jusqu'à dix sous par semaine pour leur nourriture, mais combien mendiaient leur pain, ou gagnaient leur vie en copiant des livres, en balayant les salles de cours, en se mettant au service d'un collège ou d'un professeur. La manière dont on les traitait n'était pas, du reste, pour leur donner de l'orgueil. Ils devaient assister au cours assis sur terre devant leurs maîtres, « *non in scamnis vel sedibus elevatis à terra, at occasio superbiæ à juvenibus recludatur.* »

Les examens devaient être un supplice. Chaque juge (ils étaient cinq) devait interroger le candidat pendant une demi-heure. Aux thèses ordinaires, on disputait de six heures du matin à midi, et pendant la dernière heure tous les assistants avaient le droit de prendre part à l'argumentation. Aux thèses cardinales, la dispute commençait à cinq heures du matin et durait sept heures !

Il existait, au 31 décembre 1891, 72 crèches dans Paris et la banlieue.

Une de ces crèches a été fermée en 1892, à l'expiration du bail des locaux qu'elle occupait.

Sa réouverture n'a pas été autorisée,

Deux nouvelles crèches ont été fondées, ce qui porte leur nombre à 73. Une de ces crèches est située à Suresnes et l'autre à Paris, dans le 14e arrondissement, rue de l'Ouest, 115.

La fondation de cette dernière crèche est due à une société de bienfaisance et au concours de la municipalité du 14e arrondissement.

Le 14e arrondissement seul ne possédait pas de crèche, et grâce à la généreuse initiative de la Société que je viens de citer, cette lacune, qui était fort regrettable, surtout dans un arrondissement aussi populeux que le 14e, est comblée.

Il existe donc actuellement des crèches dans tous les arrondissements de Paris.

Des mutations signalées plus haut, il résulte que le nombre des places dans les crèches de la Seine, s'est augmenté de 53 et qu'elles peuvent actuellement recevoir 2.397 enfants dont 1.644 à Paris et 753 dans la banlieue.

En 1892, les 72 crèches ont été fréquentées par 6.793 enfants (108 de plus qu'en 1891) dont :

5.341 à Paris

Et 1.452 dans la banlieue.

Cette population enfantine a fourni 473.821 journées de présence (23.279 de plus qu'en 1891) dont :

362.171 à Paris

Et 111.650 dans la banlieue.

La moyenne quotidienne, déduction faite des dimanches et jours fériés (où les crèches ne sont pas ouvertes), est de 1.553 enfants.

Enfin. les dépenses ordinaires des 72 crèches se sont élevées, pour l'année qui nous occupe, à 441.208 fr. 62, soit plus de 32.000 fr. qu'en 1891.

En terminant ce rapide exposé sur les crèches et la protection de l'enfance, je tiens à affirmer que les progrès de l'initiative privée marchent de pair avec ceux que l'adminis-

---

La pratique de la médecine, tant dans les hôpitaux que dans la clientèle de la ville n'est pas l'objet de moins piquants détails. Un extrait des comptes rendus de l'abbaye de Fécamp en 1435, emprunté à Ch. de Beaurepaire, est vraiment suggestif à cet égard. Les honoraires n'étaient point excessifs alors, si l'on en juge par ceux que touchaient les médecins et chirurgiens attachés au service des grands seigneurs ou même des rois.

Les medecins de Philippe le Hardi, en 1274, recevaient 100 sous par an (le sou valait environ 4 francs de notre monnaie) ; les chirurgiens recevaient seulement 50 sous. Quatre cents ans plus tard, les visites les mieux honorées ne dépassaient pas, à Paris, l'écu de trois francs ; la consultation montait jusqu'au gros écu de six livres qui valait à peu près dix francs de notre époque. Que pouvaient être ces honoraires en province, se demande alors le Dr Roger ? et il répond ainsi : « Au décès de mon père, à Avranches, en 1861, nous réglames les visites sur le pied de un franc l'une. » Et je me demande, non sans terreur, s'il ne se trouverait pas, aujourd'hui encore, des juges

tration ne cesse d'apporter aux soins de toute nature que nécessite l'élevage des enfants.

C'est en effet, Messieurs, une œuvre éminemment philanthropique que celle qui consiste à protéger l'enfance de notre pays au moment où nous constatons avec tristesse la diminution progressive de la natalité.

Tandis que les progrès de l'hygiène publique sont en voie d'arrêter les épidémies, de diminuer sensiblement les causes de morbidité, j'estime que c'est faire acte de vrai patriotisme en aidant à la conservation du plus grand nombre des enfants qui naissent encore en France.

Dr R. BLACHE.

COURRIER

Voici, d'après le ministère des finances, le relevé de la consommation de l'alcool dans les 47 plus grandes villes de France, c'est-à-dire les villes ayant plus de 30,000 habitants.

Voici l'ordre de classement de ces 47 villes avec la quantité d'alcool consommée par tête d'habitant :

1. Cherbourg, 18 litres 3; 2. Rouen, 16.8; 3. Le Havre, 16.2; 4. Caen, 15.8; 5. Boulogne-sur-Mer, 12; 6. Amiens, 11.6; 7. Lorient, 11; 3. Brest, 10.8; 9. Le Mans, 10.3; 10. Versailles, 9.8.

11. Saint-Quentin, 9.6; 12. Toulon, 9; 13. Dunkerque, 8.7; 14. Reims, 8.3; 15. Rennes, 8.1; 16. Marseille et Besançon, 7.3; 17. Lille et Roubaix, 7.2; 18. Paris, 7; 19. Saint-Denis, 6.9; 20. Angers, Tourcoing, Grenoble et Levallois-Perret, 6.8.

21. Clichy, 6.6; 22. Troyes, 6.5; 23. Dijon, Orléans et Calais, 6.2; 24. Cette, 5.9; 25. Nantes, 5.8; 26. Lyon, Nancy, Tours et Avignon, 5.5; 27. Clermont-Ferrand, 5.2; 28. Bordeaux, 5; 29. Limoges, 47; 30. Bourges, 4.6.

31. Nice, 4.4; 32. Saint-Etienne, 4.3; 33. Nîmes, 4; 34. Montpellier, 3.8; 35. Toulouse, 3.2; 36. Béziers, 1.4.

LE TRAVAIL DES ENFANTS DANS LES MANUFACTURES. — Un arrêté ministériel du 31 juil-

---

capables de réduire un mémoire de frais de maladie qui serait basé sur le même taux... Ne parlions-nous pas, tout à l'heure, de progrès rapide, étourdissant, vertigieux ? La rémunération des soins que nous donnons n'y a décidément pas été englobée. Si on ne nous couvre pas d'or, on nous couvre au moins de fleurs. C'est toujours cela en attendant mieux. Les conseils municipaux, voire généraux, les assemblées législatives, les ministères même regorgent de nos confrères. On n'entend parler que de notre mission, que de notre sacerdoce. Il y a des gens qui se pâment devant la sublimité (très réelle d'ailleurs) du rôle du médecin de campagne qui court les chemins à toute heure, par tous les temps et dans toutes les saisons pour porter jusque dans les plus humbles chaumières les secours de sa science, de son dévouement, de son cœur toujours, et de sa bourse quelquefois, mais leur enthousiasme se refroidit comme par enchantement devant la note d'honoraires la plus modeste.

A tout prendre, cependant, nous ne sommes pas plus malheureux que ne l'étaient nos aînés dont le livre de J. Roger met en lumière une partie de la vie intime. C'est, parmi plusieurs autres avantages, la consolation que sa lecture vous procurera.

let décide, en exécution de l'article 11 du décret du 13 mars 1893, que la limite supérieure de la charge qui peut être traînée ou poussée par les jeunes ouvriers et ouvrières au-dessous de dix-huit ans, tant à l'intérieur des établissements industriels que sur la voie publique, est fixée ainsi qu'il suit, véhicule compris :

1° Wagonnets circulant sur voie ferrée : garçons au-dessous de quatorze ans, 300 kg.; garçons de quatorze à dix-huit ans, 500 kilog.; ouvrières au-dessous de seize ans, 150 kilogr.; ouvrières de seize à dix-huit ans, 300 kilogr.

2° Brouettes : garçons de quatorze à dix-huit ans, 40 kilogr.

3° Voitures à trois ou quatre roues. dites « placières, pousseuses, pousse-à-main »; garçons au-dessous de quatorze ans, 35 kilogr.; garçons de quatorze à dix-huit ans, 60 kilogr.; ouvrières au-dessous de seize ans, 35 kilogr.; ouvrières de seize à dix-huit ans, 50 kilogr.

4° Charrettes à bras, dites « haquets, brancards, charretons, voitures à bras, etc. » : garçons de quatorze à dix-huit ans, 130 kilogr.

— L'eau pure manque à Jérusalem. — Le gouvernement turc a décidé de faire reconstruire les anciennes conduites qui approvisionnaient la ville sainte au temps de Salomon.

Jérusalem recevrait ainsi quotidiennement 2.500 mètres cubes d'eau, dont 1,000 seraient distribués gratuitement. Cette distribution se ferait à la mosquée d'Omar, au saint sépulcre et aux autres puits spécialement fréquentés par les pèlerins.

Nécrologie. — MM. les docteurs Baudet (de Vanves) et Sarremone (d'Amou).

Affaire Lafitte. — Nous recevons de l'Union des syndicats médicaux de France communication de l'ordre du jour suivant :

« Le bureau de l'Union des syndicats médicaux de France, réuni en séance le 3 septembre 1894, après avoir pris connaissance des communications officielles des syndicats des médecins de l'arrondissement de Versailles, du Havre, etc., adressées au président de l'Union, relatives à la condamnation qui a frappé le docteur Lafitte, condamnation que rien n'explique, ni les faits révélés par l'enquête ni les débats ; s'associant à cette démarche et aux démarches faites par le Syndicat de la presse médicale, partageant les sentiments exprimés par ces associations, a décidé d'user de tous les moyens en son pouvoir pour faire ressortir l'innocence d'un malheureux confrère et l'aider de toutes ses forces à obtenir sa réhabilitation. »

Ont signé : docteur Porson (de Nantes), président ; docteur Albert Le Blond (de Paris); docteur Pouliot (de Poitiers) ; docteur Cellier (de Laval), vice-présidents ; docteur de Fourmestroux (de Versailles), ancien président de l'Union ; docteur Maurat (de Chantilly), trésorier ; docteur Lécuyer (de Baurieux), secrétaire général adjoint ; docteur Blaizot (de Nantes), secrétaire; docteur Meugy (de Paris), secrétaire du comité de rédaction.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue hauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène des écoles. — II. Hôpital Saint-Louis (suite et fin). — III. Revue de la presse française. — IV. Bibliothèque. — V. Courrier.

HYGIÈNE DES ÉCOLES

Maladies scolaires. — Épidémies dans les écoles.

J'ai traité dans deux articles précédents (1) les questions d'hygiène qui se rapportent à la construction, à l'ameublement et au fonctionnement des écoles, je vais m'occuper maintenant des mesures à prendre pour prévenir les maladies inhérentes à la scolarité et les épidémies qui menacent les établissements consacrés à l'instruction.

1. *Maladies scolaires.* — Lorsqu'on aborde sans parti pris l'examen des troubles que le séjour des écoles et les travaux auxquels on s'y livre peuvent déterminer dans la santé des enfants, il faut avant tout se tenir en garde contre les exagérations ; il ne faut pas non plus confondre les lycées et les pensionnats dans lesquels les enfants sont internés, avec les écoles où ils ne passent qu'un tiers de la journée. Le surmenage, avons-nous dit, n'y existe qu'à l'état d'exception, lorsque des maîtres trop zélés exagèrent les devoirs de maison, ou lorsqu'ils ont affaire à des élèves qui s'entraînent par émulation, en vue des examens qu'ils doivent passer plus tard.

On ne peut pas mettre sur le compte des écoles l'anémie, la débilité, le nervosime qu'on observe chez beaucoup d'écoliers des deux sexes ; sans doute, le séjour des classes, avec l'encombrement forcé qui y existe, n'est pas absolument salubre ; mais, lorsqu'elles sont construites conformément aux instructions ministérielles, qu'on prend les mesures que nous avons indiquées au point de vue de la propreté, de l'aération et du chauffage, elles constituent pour les enfants un milieu moins malsain que le logement de leurs parents ; ils y sont plus hygiéniquement que chez eux et il serait injuste de rendre les écoles responsables du mauvais état de leur constitution. Il n'y a en réalité que deux affections qu'on puisse qualifier du nom de *maladie scolaire* ; encore sont elles plutôt des infirmités.

C'est la myopie et les déviations rachidiennes.

A. *Myopie.* — Cette demi cécité est une des conséquences les plus communes et les plus fâcheuses de l'éducation actuelle. Elle est très rare au moment de la naissance et, bien qu'il faille tenir un certain compte de l'hérédité, elle est le plus souvent acquise. Elle résulte, dans l'immense majorité des cas, de la nécessité pour les enfants de tenir, pendant une grande partie de la journée, les yeux fixés sur des objets de petites dimensions placés à courte distance.

On la voit s'aggraver d'année en année pendant le cours des études. Cohn (de Breslau), en relevant les observations faites sur plus de 40,000 élèves, a trouvé qu'on comptait à peine un myope sur 100 élèves dans les écoles rurales, 5 à 11 p. 100 dans les écoles élémentaires, 10 à 24 dans les écoles de filles, 20 à 40 dans les écoles réales et 30 à 55 p. 100 dans les gymnases. Le nombre des myopes oscille entre 35 et 60 p. 100 pendant les deux dernières années de l'enseignement dans les gymnases et les écoles

(1) *Union médicale* du 27 août 1894.

réales ; il monte à 64 p. 100 à Breslau, à 75 à Magdebourg, à 80 p. 100 à Eslangen et à 100 p. 100 à Heidelberg (1).

Des observations analogues ont été faites par les ophthalmologistes français et personne n'en conteste l'exactitude. C'est, du reste, un fait d'observation usuelle. Tout le monde a remarqué la fréquence de la myopie chez les élèves de l'Ecole polytechnique, sa rareté chez les paysans et surtout chez les marins et les pêcheurs qui vivent en face de la mer, de ses grands horizons, et dont la vue s'exerce sans cesse à reconnaître les navires qui passent au loin, dans la brume.

La myopie scolaire est la conséquence de l'effort d'adaptation qu'exige la vision à courte distance, lorsqu'elle s'applique à de petits caractères dont l'œil s'approche de plus en plus pour les mieux reconnaître, surtout lorsque cet exercice se prolonge pendant de longues heures. L'exécution des épures, dans les classes de hautes mathématiques, est particulièrement fatale à la vue, lorsque l'élève s'y livre dans des salles mal éclairées ou à la faveur de la lumière artificielle presque toujours insuffisante.

La myopie scolaire est une infirmité à laquelle il faut savoir se résigner dans une certaine mesure ; elle est, du reste, comme nous l'avons vu, moins commune et moins grave dans les écoles primaires que dans les collèges et les lycées, et il est plus facile de la prévenir à l'aide des précautions que les hygiénistes ont depuis longtemps signalées, et qui ont été formulées d'une façon très précise dans le rapport de la commission ministérielle que j'ai déjà eu l'occasion de citer (2).

1° Dans les écoles primaires, le maître ne doit jamais permettre aux enfants de lire ni d'écrire à une distance moindre de 30 centimètres ; on peut abaisser la limite à 25, pour les écoles maternelles. Cette prescription est assurément très rationnelle ; mais elle est d'une application difficile dans la pratique. Le maître ne peut pas exercer la surveillance incessante qu'elle exige sur tous les élèves de la classe à la fois ; il faut un moyen automatique d'empêcher les élèves de trop se rapprocher.

J'ai déjà parlé de l'*avertisseur* du Dr Perrin ; le Dr Blayac propose un expédient plus simple qui consiste à fixer aux deux extrémités de chaque table des tiges verticales de bois ou de métal réunies à leurs parties supérieures par une corde tendue au niveau du front des élèves et les empêchant de baisser la tête.

2° L'éclairage doit toujours être suffisant pour que les élèves puissent distinguer sans efforts les caractères de leurs livres.

3° Les ouvrages destinés à l'enseignement doivent être imprimés sur un papier blanc ou jaunâtre, jamais avec une teinte bleue. Les lignes ne doivent pas avoir plus de 8 centimètres et les caractères doivent être assez gros pour qu'il n'y ait pas plus de sept lettres par centimètre. On doit refuser tout livre qui, tenu verticalement et éclairé par une bougie placée à la distance d'un mètre, ne peut pas être lu à 80 centimètres avec une vue normale.

Les cartes de géographie, les atlas ne doivent pas être chargés de notes

(1) Hermann Cohn. Conférences faites à la séance générale de la 53e réunion des naturalistes et médecins allemands, le 18 septembre 1880.

(2) Commission d'hygiène des écoles, instituée par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 24 janvier 1882. Rapport de M. Javal.

inutiles. Un bon atlas est celui dont tous les détails sont lisibles sans effort à 40 centimètres, pour une vue normale et à l'éclairage d'une bougie.

Les cartes murales ne doivent porter qu'un petit nombre de mots en gros caractères ; les indications diverses doivent êtrefortement accentuées. Ces cartes ne doivent pas être vernies pour éviter les reflets (1).

4° Un certain nombre d'enfants sont déjà myopes quand ils arrivent à l'école et doivent être l'objet de soins spéciaux. Le maître doit les placer sur les bancs les plus rapprochés du tableau et il faut avoir, dans chaque classe, quelques tables spéciales à pupitres mobiles pour les élèves dont l'infirmité est très prononcée.

Ceux là doivent être soumis à l'examen du médecin de l'école, avec l'assentiment des parents et autorisés à porter des lunettes dont il indique le numéro.

Il est enfin une mesure qui me paraît indispensable pour corriger la myopie commençante, c'est d'exercer les enfants a distinguer les objets éloignés en les menant dans la campagne et en les habituant à reconnaître à des distances variées les différents détails du paysage. Il est facile d'obtenir d'eux qu'ils se livrent de bonne volonté à un excercice dont ils comprennent la nécessité. Cette gymnastique de la vision est surtout indispensable pour les élèves des lycées qui n'ont habituellement d'autre horizon que les murs de la classe ou des cours dans lesquelles ils prennent leurs récréations.

B. Déformation scolaire. — Les déviations de la colonne vertébrale tiennent aux attitudes vicieuses que les enfants prennent ou qu'on leur fait prendre et à la station assise trop prolongée à laquelle on les soumet. Elles ont été étudiées avec soin, en France par Dally, par les docteurs Dujardin-Beaumetz, Vallin et Thorens, en Suisse par Guillaume (de Neuchatel) et Fahrner (de Zurich), en Allemagne par le professeur Virchow. La Société de médecine publique s'en est occupée à diverses reprises et le docteur Schenck (de Berne) a montré, au congrès des médecins allemands de 1885, les appareils dont il se sert pour obtenir le tracé graphique de ces déformations rachidiennes.

Il en est une qui est pour ainsi dire typique et dont la fréquence dépasse toutes les autres réunies. Elle consiste en une courbe unique, à grand rayon, avec convexité à gauche ; elle se complique d'une élévation de l'épaule correspondante et d'une inclinaison compensatrice du bassin. On la voit survenir de six à quatorze ans. Elle est plus commune chez les filles que chez les garçons, parce que ces derniers sont plus remuants et font plus d'exercice dans l'intervalle des classes. Le Dr Dubrisay, dans le *Manuel d'hygiène scolaire* qu'il a publié en 1887 avec M. Yvon, cite une école Suisse dans laquelle on comptait sur 709 élèves 640 qui présentaient cette déformation typique a un degré plus ou moins prononcé. Une pareille fréquence est exceptionnelle. J'ai pris la moyenne des observations publiées en France et à l'étranger et j'ai obtenu le chiffre de 30 pour 100.

Dally attribuait cette déviation de la taille à l'attitude prise par les enfants pour écrire à l'*anglaise*. Ce genre d'écriture a été très à la mode surtout dans les écoles de jeunes filles et, pour en tracer les caractères très inclinés il faut que l'enfant se place de côté sur son banc, en s'appuyant sur la

(1) Gariel, Rapport à la commission d'hygiène scolaire au nom de la sous-commission de l'hygiène de la vue.

fesse gauche et en inclinant la tête du même côté. Le coude correspondant s'avance et se ploie en travers de la table, afin de maintenir le papier, le droit se rapproche du tronc et s'y applique fortement. Le corps reposant alors sur l'ischion et sur le coude gauche, la colonne vertébrale, pressée entre ces deux points s'infléchit et se courbe en entraînant la poitrine dans son mouvement. L'épaule gauche se relève et le bassin s'incline en sens inverse. Avec le temps, les ligaments se relâchent, les surfaces articulaires se déforment, et la courbure du rachis devient définitive.

Dally a démontré qu'on avait attribué trop d'importance aux muscles dans la production de cette difformité. C'est la pesanteur qu'il faut surtout accuser, lorsqu'elle agit d'une manière continue et dans une attitude vicieuse, sur des surfaces articulaires encore dépressibles et sur des ligaments qui se prêtent facilement à la distension. Les enfants qui fréquentent les écoles et particulièrement les jeunes filles sont à l'âge de la croissance rapide et les muscles de la colonne vertébrale n'ont pas encore toute la vigueur qu'ils auront plus tard. Ils se fatiguent à maintenir la colonne vertébrale dans sa rigidité, le corps s'affaisse dans une pose de nonchalance et, quand on condamne à l'immobilité forcée des enfants à qui leur nature et leur constitution imposent le besoin de remuer sans cesse, quand on les force à rester assis pendant six heures chaque jour, il n'est pas surprenant qu'ils prennent une attitude affaissée et qu'ils se déforment ainsi.

La première condition pour prévenir cette difformité consiste à interrompre plus souvent qu'on ne le fait les travaux qui nécessitent la station assise. Les récréations d'un quart d'heure au milieu d'une leçon de trois heures ne suffisent pas Il faudrait surtout interdire l'écriture penchée qui exige l'attitude anormale dont nous avons parlé. Les enfants doivent être assis carrément bien en face de la table, le poids du corps portant également sur les deux ischions et les deux avant-bras appuyés sur la table dans une égale longueur. La ligne des épaules doit être horizontale et parallèle au bord de la table. Le papier doit être droit, maintenu par la main gauche et le maître doit enseigner l'écriture droite à pans verticaux. Ce sont les conseils que la Commission ministérielle a résumés dans la formule suivante, qu'elle a empruntée à Georges Sand : *Ecriture droite sur papier droit, corps droit*, et que M. Javal s'est pour ainsi dire appropriée par les recherches auxquelles il s'est livré à ce sujet (1), ainsi que pour les communications qu'il a faites aux Sociétés savantes et dont nous avons rendu compte déjà dans l'*Union médicale* (2).

Cette campagne a porté ses fruits et, pour une fois, l'hygiène a eu raison de la routine et de la mode. On a renoncé à l'écriture penchée en Angleterre et Amérique. En France, il commence à être de bon ton, d'écrire droit et en gros caractères.

Jules ROCHARD.

(1) Javal, le mécanisme de l'écriture (*Revue scientifique*, 21 mai 1881). — Essai sur la physiologie de l'écriture. Paris, 1892.
(2) Union médicale 1893, 1er semestre, n° 56, p. 661.

Hôpital Saint-Louis. — M. docteur Georges Thibierge
Suppléant M. le docteur E. Besnier (suite et fin)

—

De l'ecthyma

Au lieu de la forme commune, arrondie, l'ecthyma peut offrir une forme très différente, allongée, linéaire ; on voit alors des traînées généralement rectilignes, plus ou moins longues, dont la partie centrale est formée par un soulèvement épidermique généralement étroit et rempli de pus, entouré d'une zone rouge plus ou moins large. Ces lésions sont le résultat du grattage et produites par l'inoculation au moyen des ongles imprégnés de liquide purulent puisé à des pustules d'ecthyma de voisinage. Cette forme se rencontre surtout chez les sujets atteints d'affections prurigineuses, urticaire et phthiriase en particulier, en même temps que d'ecthyma.

Par lui-même, l'ecthyma ne détermine pas de démangeaisons ; mais ses lésions peuvent être douloureuses, produire une sensation de brûlure au moment de leur développement et des sensations plus ou moins pénibles lorsqu'elles sont accompagnées d'inflammation de voisinage ou lorsque les ulcérations sont mises à nu.

Mais des lésions eczématiformes dues à l'état de malpropreté du sujet, aux irritations extérieures par les pansements, etc., peuvent venir le compliquer. En outre, il peut être l'origine de lésions inflammatoires diverses, dermite de voisinage, lymphangites plus ou moins étendues, abcès dermiques et sous-dermiques, adénites, qui peuvent s'accompagner de douleurs plus ou moins intenses.

L'ecthyma peut se développer sur toute la surface du corps ; mais il est surtout fréquent aux membres inférieurs et sur la partie inférieure du tronc, aux fesses en particulier ; il est plus rare aux membres supérieurs, rare aux organes génitaux, rare également à l'extrémité céphalique.

Il peut occuper une région limitée de l'un des membres inférieurs ou s'étendre à toute leur surface. Ses éléments sont tantôt discrets, disséminés en petit nombre, tantôt nombreux, parfois presque confluents, séparés par des intervalles de peau enflammée par voisinage.

Chaque élément devenant adulte en quatre jours, se réparant en douze à quinze jours, trois semaines au plus, et des éléments nouveaux se développant avant la guérison des anciens, l'éruption est composée dans son ensemble d'éléments parvenus à des périodes très variables de leur développement : pustules plus ou moins larges, croûtes, ulcérations en activité ou en voie de réparation plus ou moins avancée. Il en résulte un certain degré de polymorphisme et une grande variété dans l'aspect général de la maladie.

Les sujets atteints d'ecthyma sont souvent, mais non toujours, dans un état de santé générale plus ou moins défectueux. Ce sont parfois des cachectiques, cachectiques par causes organiques diverses, cancers viscéraux, diabète, albuminurie, cachectiques par misère et alimentation insuffisante, cachectiques par intoxication alcoolique ou des convalescents de maladies infectieuses diverses, fièvre typhoïde et variole en particulier. Ces troubles de la nutrition favorisent la culture des microbes pyogènes dans les tissus en général, dans la peau en particulier. La misère et la malpropreté favori-

(1) Voyez *Union médicale* du 8 septembre 1894.

sent le dépôt et le séjour de ces mêmes microorganismes sur les téguments, mais, pas plus que le traitement hydrominéral par les eaux sulfureuses ou arsenicales, elles ne créent directement la maladie, qui exige toujours l'intervention des agents organisés pyogènes. Il en est de même pour la syphilis, que l'on a rangée à tort au nombre des causes de l'ecthyma.

Les lésions cutanées qui sont dues à des agents pyogènes ou qui favorisent leur inoculation peuvent être l'origine de l'ecthyma : telles sont la gale, la phthiriase, les abcès, les tournioles, les plaies infectées, les vésicatoires suppurés.

Toutes les professions qui exposent à des contacts accidentels ou répétés avec des matières en putréfaction ou avec des produits animaux susceptibles d'entrer en putréfaction favorisent le développemeut de l'ecthyma. C'est ainsi qu'on le rencontre chez les équarisseurs, les vétérinaires, les cochers, les palefreniers, qu'il est fréquent, de même que les furoncles, dans les régiments de cavalerie.

MM. Rémy et Broca ont décrit (*Revue de chirurgie*, septembre 1886) l'ecthyma des raffineurs : les lésions, dont j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs exemples, occupent ordinairement les membres inférieurs constituées par des pustules larges et peu saillantes, et paraissent se développer sous l'influence des brûlures par le sucre fondu qui jailli sur ces régions; elles sont donc des lésions infectées secondairement ; mais le sucre favorise probablement aussi la culture des microorganismes.

L'ecthyma peut se transmettre par contagion directe ou indirecte. Il n'est pas rare de le voir se développer successivement chez plusieurs membres d'une même famille, en particulier chez le mari et la femme, et ses localisations sont alors identiques chez l'un et chez l'autre.

Des objets de pansements ou de toilette peuvent servir d'agents de transmission : c'est ainsi qu'on a vu des épidémies d'ecthyma des fesses chez des femmes en couches (Hergott) à la suite de l'usage de bassins infectés. J'ai eu l'occasion, pendant que je remplaçais M. le professeur Hayem à l'hôpital Saint-Antoine, de voir plusieurs cas d'ecthyma développés successivement à la région fessière chez des sujets atteints de fièvre typhoïde, et la désinfection rigoureuse des bassins a arrêté le développement de cette petite épidémie.

Les faits permettent de comprendre l'extension et la pullulation de la maladie par auto-inoculation chez les sujets atteints d'ecthyma, auto-inoculation qui se fait par le grattage et par suite de l'insertion des microbes pathogènes sous l'extrémité des ongles.

L'ecthyma peut-il être de cause interne, consécutif à l'expulsion par les glandes cutanées ou au passage dans les vaisseaux cutanés de microorganismes provenant d'une lésion infectieuse viscérale? Le fait n'a rien d'impossible, car on a vu — on a rarement prouvé le fait, à la vérité — la sueur renfermer des microbes pyogènes au cours d'affections suppuratives internes, mais aucun fait probant d'ecthyma véritable survenu dans ces conditions n'a encore été publié.

Donc, jusqu'à plus ample informé, l'ecthyma doit être considéré comme une suppuration cutanée d'origine externe. La pustule d'ecthyma résulte de la transformation cavitaire des cellules épidermiques ; elle ne présente

d'autre caractère anatomique important à considérer ici que son contenu microbien. Les agents pyogènes que l'on y a rencontrés sont très variables ; ce sont le plus ordinairement des staphylocoques (st. pyogenes aureus et albus), plus rarement le streptococcus pyogènes. Mon ami, le docteur Ehlers, de Copenhague, a rencontré dans un cas d'ecthyma térébrant le bacille pyocyanique ; peut-être constatera-t-on la présence d'autres agents pyogènes. Leur diversité permet en tous cas de considérer l'ecthyma comme une suppuration cutanée assez banale, ne dépendant pas des propriétes spécifiques d'un microbe quelconque, quoiqu'il offre une marche clinique particulière et qu'il mérite, en raison de son évolution et de ses caractères extérieurs, d'être séparé des autres éruptions pustuleuses.

L'ecthyma peut être confondu avec les autres suppurations de la peau.

L'impétigo en diffère par les caractères de ses pustules qui évoluent rapidement, ont des dimensions moins considérables, par la coloration jaune des croûtes qui leur succèdent, par sa bénignité plus grande. par l'absence d'ulcérations et de cicatrices consécutives.

Le furoncle a une marche plus aiguë, s'accompagne de douleurs plus vives, parfois même intolérables, il est plus saillant, plus acuminé que la pustule d'ecthyma, la phase pustuleuse passe à peu près inaperçue, la perte de substance de la peau représente une perforation à l'emporte-pièce par laquelle la pression peut faire sortir un bourbillon et non une ulcération suintante.

L'acné pustuleuse a une évolution plus lente, la pustule est plus acuminée que celle de l'ecthyma, elle est moins volumineuse, son contenu est moins fluide, sa base souvent plus indurée que celle de la pustule d'ecthyma ; l'acné pustuleuse accompagne d'autres lésions acnéiques développées au voisinage des pustules, elle est la forme la plus élevée de l'acné polymorphe ; autour des pustules les plus volumineuses on trouve toujours des cicatrices plus blanches et moins larges que celles qui succèdent aux pustules d'ecthyma, enfin les sièges de prédilection sont différents pour les deux affections : tandis que l'ecthyma occupe surtout les parties inférieures du corps, l'acné atteint son plus grand développement soit à la face soit sur la partie supérieure du tronc et en particulier du dos.

Les folliculites suppurées disséminées que l'on observe souvent dans des conditions analogues à celles où se développe l'ecthyma, diffèrent cependant de celui-ci, au point de vue objectif, par leurs dimensions moindres, par l'existence d'un poil à leur partie centrale, souvent par leur nombre plus considérable et par leur moindre tendance à envahir de grandes surfaces des téguments.

Le chancre syphilitique, lorsqu'il se développe sur la peau, se recouvre de croûtes qui lui donnent un aspect très différent de celui du chancre des muqueuses et qui le rapprochent beaucoup de l'ecthyma. Mais ses lésions ont une durée plus considérable, leur base est manifestement indurée, les ganglions correspondants sont également indurés et offrent les caractères bien connus de l'adénopathie satellite du chancre syphilitique ; en outre, malgré sa durée, le chancre n'offre pas de tendance à repulluler localement : sans être aussi nécessairement qu'on le croit généralement une lésion unique, le chancre syphilitique est toujours une lésion à éléments peu nombreux et n'est pas inoculable au sujet qui en est porteur. En outre, le

chancre syphilitique a une longue période d'incubation et, lorsqu'il s'est développé au lieu de l'inoculation vaccinale, où il risquerait d'être confondu avec la vaccine ulcéreuse ou ecthyma vaccinal, il se développe seulement au bout de deux ou trois semaines, tandis que l'ecthyma succède sans interruption à la vaccination.

Les syphilides ulcéreuses ont été souvent décrites sous le nom d'ecthyma syphilitique. Sans nier le rôle des agents microbiens dans la suppuration et l'ulcération des lésions syphilitiques, il faut cependant séparer absolument ces lésions de l'ecthyma vrai. Les lésions syphilitiques ont une évolution plus lente que l'ecthyma ; en outre, sous l'ulcération et les croûtes qui lui succèdent, on perçoit un certain degré d'induration ou d'infiltration des téguments, reliquat de la lésion antérieure qui n'a pas sans raison reçu le nom de syphilome. Les produits de sécrétion de cette ulcération ne sont pas inoculables comme ceux de l'ecthyma. Il faut bien savoir néanmoins que l'ecthyma peut se développer chez les syphilitiques, surtout chez ceux que leur maladie a rendus plus ou moins cachectiques et qu'il peut y présenter exactement les mêmes caractères objectifs que chez les sujets non syphilitiques. Les lésions sont alors manifestement inoculables, et, comme dans les formes vulgaires de l'ecthyma, le traitement externe suffit à lui seul à amener la guérison sans qu'il soit nécessaire de recourir au traitement antisyphilitique.

Traitement. — Le traitement général, basé sur les indications fournies par l'état général du sujet et par l'état de ses différents viscères et dans lequel il est souvent utile de faire intervenir l'antisepsie intestinale, est un complément indispensable du traitement local, complément plus important que dans la plupart des cas d'impétigo ; mais ce serait s'illusionner que d'espérer guérir un cas d'ecthyma par une thérapeutique interne si appropriée qu'elle soit.

Toujours il faut recourir à un traitement local, institué et suivi rigoureusement ; à cette condition seulement on pourra venir à bout de tous les cas d'ecthyma, et on en viendra toujours à bout si ancienne que soit l'affection.

La propreté la plus absolue doit être exigée des sujets atteints d'ecthyma : les bains généraux simples ou amidonnés, s'il y a des phénomènes inflammatoires accusés, ou additionnés de 5 à 20 grammes d'acide phénique, les lavages répétés des mains et des ongles avec une solution de sublimé s'il y a une affection prurigineuse concomitante rempliront cette indication.

La phthiriase, la gale, s'il y a lieu, seront traitées aussitôt que possible.

Pour peu que les lésions soient étendues, on appliquera un pansement antiseptique humide (solution de sublimé à 1 pour 2,000 ou 3,000 ; solution de phénosalyl à 1 pour 300) qui fera tomber les croûtes ; le pansement sera changé deux fois par jour et on profitera de son changement pour laver soigneusement toutes les ulcérations avec une solution de sublimé au 1,000e. Ce pansement sera plus nécessaire encore s'il existe des lésions des voies lymphatiques. Si les téguments supportent bien ce pansement, s'il ne se produit pas d'excoriations susceptibles de se réinfecter, ce mode de traitement est de beaucoup supérieur aux autres et donne des résultats beaucoup plus rapides. Je vous conseille, en tout cas, de commencer par lui pour désinfecter le mieux possible les ulcérations et la peau adjacente.

Lorsque le pansement humide est mal supporté ou lorsque les lésions sont trop limitées pour paraître l'exiger, on recourrera aux applications émollientes (cataplasmes, qui ne devront pas être continués plus de un ou deux jours, afin d'éviter le ramollissement de la peau et les inoculations secondaires pulvérisations tièdes, etc., pour faire tomber les croûtes), puis on fera des badigeonnages au naphthol camphré ou on pansera les ulcérations — toutes les ulcérations, cela est essentiel — avec une rondelle d'emplâtre de Vigo, d'emplâtre rouge de Vidal ou d'emplâtre adhésif boriqué, ou avec un linge enduit d'un mélange à parties égales de vaseline et de masse emplastique de Vigo (Besnier); l'emplâtre sera changé au moins une fois par jour et les ulcérations lavées avec une solution de sublimé de 1 pour 1,000.

Les ulcérations persistantes, rebelles aux traitements précédents, doivent être touchées au nitrate d'argent, parfois pansées à l'alcool camphré. Chez certains sujets cachectiques, on se trouvera mieux de pansements secs au salol, à l'iodoforme, au dermatol, etc. ; mais toujours à la condition d'avoir fait précéder leur emploi de pansements antiseptiques humides pendant quelques jours. Dans les ecthymas à tendance gangréneuse, on recourra de préférence aux pansements avec l'alcool camphré, le vin aromatique.

Il est à peine besoin de dire que, lorsque l'ecthyma occupe les membres inférieurs, le malade devra conserver le repos au lit absolu : c'est là une règle constante, quelle que soit la nature des lésions inflammatoires occupant ce siège.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

Etudes cliniques sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique, par M. Robin.

En général, la quantité de l'urine est légèrement augmentée dans la première période de la phthisie pulmonaire ; elle est normale dans la seconde et le plus souvent diminuée à la troisième période.

A chacune de ses périodes, il est un certain nombre de malades qui s'écartent de la règle et émettent des quantités d'urine supérieure à la normale. Vingt fois sur cent, il s'agit d'une polyurie plus ou moins accentuée.

La polyurie est relativement plus fréquente dans la phthisie de l'adulte que dans celle du vieillard.

La polyurie du premier stade de la phtisie pulmonaire est liée à la phosphaturie ou prend les caractères de la polyurie dite simple, c'est-à-dire sans élimination particulièrement exagérée d'un des constituants normaux de l'urine.

La polyurie azoturique vraie, c'est-à-dire liée, à une dénutrition azotée exagérée et non compensée par une alimentation équivalente, paraît d'une extrême rareté.

Les polyuries des périodes plus avancées, révèlent ordinairement de la néphrite mixte, de la néphrite tuberculeuse ou de la dégénérescence assez laide des reins.

Les polyuries phosphaturiques et les polyuries dites essentielles peuvent, à la longue, préparer le terrain de la tuberculose et se terminer par la phthisie pulmonaire.

Mais il existe une véritable polyurie prétuberculeuse, quelquefois phosphaturique, le plus souvent simple, qui peut atteindre des chiffres considérables et provoquer des accès de congestion rénale. Elle se distingue des précédentes par la rapide surve-

nance de la phtisie et paraît être la première manifestation fonctionnelle de la réaction vitale à l'encontre du bacille et de ses produits de sécrétion.

Il paraît permis d'en rapprocher les polyuries dites simples de la première période de la phtisie et de considérer ces dernières comme relevant d'une fonction morbide de même ordre.

A côté des polyuries permanentes, il convient de placer les polyuries transitoires qui sont assez irrégulières, surviennent par crises, et se rapprochent, au point de vue de leurs conditions, de celles signalées dans les deux paragraphes précédents.

Aussi paraît-il légitime d'individualiser ces trois derniers groupes sous le nom de polyuries réactionnelles quo l'on classera ensuite en permanentes et transitoires, en prétuberculeuses et en para-tuberculeuses suivant leur durée et le moment de leur apparition.

Tandis que les polyuries phosphaturiques et rénales constituent de vraies complications, accroissant d'autant, la gravité de la maladie primitive, les polyuries réactionnelles comportent un pronostic relativement plus favorable.

L'oligurie des phtisiques dépend souvent de conditions accidentelles comme la diarrhée, les sueurs, les vomissements, l'abondance de l'expectoration, etc.

La fièvre, les complications inflammatoires, la pneumonie, la méningite, la généralisation de la tuberculose, les hémaptysies, sont les causes habituelles d'oligurie.

Quand la quantité d'urine s'abaisse sans être compensée par une augmentation proportionnelle de la densité, le pronostic s'aggrave.

Si l'abaissement de la densité est comprise par une augmentation parallèle de la quantité d'urine, sans que cette augmentation de quantité tienne à une cause rénale ou phosphaturique, et sans que la densité descende cependant à des chiffres trop abaissés, le pronostic s'améliore.

L'anurie totale est exceptionnolle. Je n'en connais qu'un seul cas dont la cause réelle demeura tout à fait inconnue.

Les polyuries phosphaturiques et rénales relèvent du traitement de leur cause et ne reconnaissent aucune thérapeutique personnelle.

Les polyuries dites simples et les polyuries prétuberculeuses ne doivent être traitées que lorsqu'elles atteignent des proportions assez considérables pour déminéralis er l'organisme ou provoquer des accès de congestion rénale, par excès du fonctionnement du rein. Les médicaments qui paraissent avoir la meilleure influence, sont l'antipyrine ou l'ergotine associée à l'aude gallique.

Les oliguries réclament presque toutes l'emploi du régime lacté mixte ou absolu. Il est parfois utile d'employer les lavements d'hydrogène sulfuré qui paraissent, dans ces cas, exercer sur la fonction urinaire une [action accélératrice. (*Archives générales de Médecine*).

— LE TRAITEMENT DE LA PELADE PAR LES SCARIFICATIONS ET LES APPLICATIONS D'ACIDE ACÉTIQUE. — M. E. Faivre, dans un travail publié par les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*, conseille d'opérer de la façon suivante : Il fait d'abord une lotion savonneuse à la surface des plaques rasées, suivie d'un nettoyage avec un mélange d'alcool et d'éther, puis il pratique journellement un badigeonnage avec un pinceau de coton hydrophile imbibé d'acide acétique pur jusqu'à desquamation.

Lorsque la dermite est bien manifeste, le traitement est suspendu. Il se forme rapidement une petite escharre superficie lle dont la suite entraîne l'apparition de poils follets. A ce moment on recommence les applications avec les mêmes précautions qu'au début, mais si le travail de réparation paraît lent, on pratique à l'aide d'une lancette ou d'un bistouri fin, bien flambés, une série de scarification bien parallèles, très rappro-

chées et très superficielles. La douleur est assez vive et au bout de 20 minutes environ fait place à une rubéfaction assez intense.

Rarement ces deux symptômes s'exagèrent au point d'exiger l'ajournement du second badigeonnage. Dans les cas curables, M. Faivre n'a jamais répété les scarifications plus de deux fois sans obtenir des cheveux réguliers et adhérents, apparaissant de la périphérie au centre des plaques d'alopécie.

Pendant toute la durée du traitement, l'antisepsie du cuir chevelu est assurée par des frictions quotidiennes de liqueur de Van Sweten dédoublée, faite à la manière des coiffeurs par le malade lui-même.

C'est la forme de pelade en plaque qui donne les résultats les plus rapides. Du 40e au 44e jour, les poils-follets font place après scarification aux premiers cheveux colorés non massiliformes et non cassants.

Le traitement n'a pu qu'empêcher l'extension du mal dans un cas de forme dissolvante. Les plaques normales de la région temporale montrent une résistance spéciale.

BIBLIOTHÈQUE

—

NERVOSISME OU NEURASTHÉNIE,

La maladie du siècle et les divers moyens de la combattre, par le docteur V. BOREL.
(1 vol. in-8°, 3 francs. — Félix Alcan, éditeur.)

L'auteur considère les fonctions du système nerveux comme le lien qui unit l'ensemble des lois régissant notre organisme ; d'un côté, elles surveillent et règlent l'activité de nos divers organes ; de l'autre, elle leur sont tributaires et peuvent s'altérer avec eux C'est l'altération plus ou moins persistante de ces fonctions, c'est-à-dire l'exagération ou la perversion du mode de réception, de réaction ou d'action initiale du système nerveux sur les agents destinés à l'impressionner (agents physiques, vitaux et spirituels), qui constituent l'affection dont il s'occupe. Le chapitre du traitement présente un résumé des divers moyens thérapeutiqnes utilisés aujourd'hui contre la neurasthénie : électricité hydrothérapie, massage, médicaments divers et hygiène.

COURRIER

—

Faculté de médecine de Paris. — Sont maintenus pour un an, à dater du 1er novembre 1894, dans les fonctions de chef de clinique :

MM. Belin, médicale ; Demoulin, Brodier, Thiéry et Villemin, chirurgicale ; Wallich et Damelin, obstétricale ; Rochon Duvigneaud, ophtalmologie ; Wickham, maladies cutanées et syphilitiques ; Souques, maladies du système nerveux ; Legueu, maladies des voies urinaires.

Sont institués pour un an, à partir du 1er novembre 1894, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Marquezy, en remplacement de M. Lyon, dont les fonctions sont expirées, médicale ; Teissier, en remplacement de M. Vacquez, dont les fonctions sont expirées, médi-

cale ; Parmentier, en remplacement de M. Lion, dont les fonctions sont expirées, médicale ; Boulloche, en remplacement de M. Aviragnet, dont les fonctions sont expirées, maladies des enfants ; Toulouse, en remplacement de M. Pactet, dont les fonctions sont expirées, maladies mentales ; Roubinowitch, maladies mentales (emploi nouveau).

Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1894, chefs adjoints de clinique à la Faculté de médecine de Paris, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Auscher, Lesage et Martin-Dürr, médicale ; Renault, maladies des enfants.

Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1894-1895, comme chargés de cours près les Facultés ci-après désignées :

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. Moussous, agr., clin. int. des maladies des enfants ; Denucé, agr., path. ext. ; Moure, maladies du larynx, des oreilles et du nez ; Boursier, agr., clin. des maladies des femmes ; Pousson, agr., clin. des voies urinaires ; Dubreuilh, agr., clin. des maladies syph. et cutanées ; Denigès, agr., chimie ; Rivière, agr., accouchements ; Régis, maladies mentales.

Faculté de médecine de Lille. — MM. Carlier, agr., méd. opér. ; Phocas, agr., clin. chir. des maladies des enfants, Castelain, clin. des maladies des enfants et syphilis infantile ; Laguesse, agr. hist. ; Curtis, agr., anat. path. et path. génér.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. Beauvisage, agr., botanique ; Pollosson, agr., accouchements.

Faculté de médecine de Montpellier. — MM. Sarda, agr., clin. des maladies des vieillards ; Baumel, agr., clin. des maladies des enfants ; Brousse, agr., clin. des maladies cutanées et syphil. ; Gerbaud, agr., accouchements ; Ducamp, agr., histol. ; Estor, agr., path. chir.

Faculté de médecine de Nancy. — MM. Remy, agr., accouchements ; Parisot, agr., clin. des maladies des vieillards ; Vautrin, agr., clin. des maladies cutanées et syphil. ; Rhomer, agr., clin. ophtal. ; Haushalter, agr., clin. des maladies des enfants.

M. Geoffroy est institué pour trois ans, à dater du 1er août 1894, chef de clin. obst., en rempl. de M. Vallois.

Les exercices physiques a l'exposition de 1900. — Le *Bulletin médical* fait la réflexion suivante : Au moment où la question des exercices physiques et des concours qui en sont la conséquence intéresse — et à si juste titre — le corps médical, alors que nous sommes à peu près seuls compétents pour formuler des règles générales relativement à ces exercices et à ce concours, il n'est pas sans intérêt de signaler le fait suivant :

Le ministre du commerce vient d'instituer une commission à l'effet d'étudier le programme général des concours se rattachant aux exercices physiques qui pourraient être organisés dans la région de Vincennes pendant l'Exposition universelle de 1900 à titre d'annexe à cette Exposition.

La commission qui comprend 75 membres ! ! ! ne renferme qu'un médecin, le docteur Minart, vice-président d'honneur de l'Union vélocipédique de France.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue hauchat, 24.

Sommaire

I. Potain : Hôpital de la Charité. — II. Revue de la presse française. — III. Congrès des médecins aliénistes (suite et fin). — IV. Académie de médecine. — V. Formulaire d'hygiène. — VI. Courrier.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain

—

Les Tænias (Deuxième leçon).

Messieurs,

Je vous rappellerai d'abord que les œufs de tœnia média canellata et solium peuvent vivre très longtemps sur le sol d'une façon pour ainsi dire latente, jusqu'à ce qu'ils soient ingérés par un animal. Les œufs de bothriocéphale ne jouissent pas de cette propriété et il faut qu'ils éclosent dans l'eau.

L'épandage des matières fécales sur le sol, comme on le pratique dans beaucoup de pays, a évidemment de grands inconvénients au point de vue de la dissémination des tænias. De plus, à la campagne, il arrive souvent que le porc vit en communauté étroite avec l'homme et comme cet animal absorbe volontiers les nourritures les plus répugnantes, il s'ensuit qu'il devient très facilement ladre et transmet le parasite à l'homme. Chez nous, je vous l'ai dit, le tænia medio canellata est le parasite le plus répandu ; cela tient à ce que l'on mange la viande de porc assez souvent peu ou pas cuite, tandis que celle du bœuf est d'abord très cuite avant de servir à l'alimentation. Dans les pays où l'on mange la viande de bœuf crue comme en Abyssinie, le tœnia solium est bien plus fréquent que l'autre.

Cuire la viande suffisamment, constitue le véritable traitement prophylactique du tænia. Cependant il peut y avoir avantage à manger de la viande pas cuite ou même crue et alors il faut détruire les cysticerques par des contusions répétées et énergiques. Le plus souvent on se contente de râcler un morceau de viande avec un couteau de façon à réduire les fibres musculaires.

Cette précaution n'est pas suffisante pour détruire les vers vésiculaires ; il faut piler la viande dans un mortier de marbre avec un pilon de bois et la passer ensuite. Cette purée s'emploie ensuite comme on veut. Soit dit en passant, il faut éviter de la plonger dans du bouillon trop chaud comme on le fait trop souvent, car alors l'albumine se coagule et l'on obtient des grumeaux noirâtres difficiles à digérer.

Les symtômes des vers rubannés sont extrêmement nombreux et en même temps souvent très vagues, ici il s'agit d'accidents reflexes, symptomatiques dont la forme dépend des prédispositions des sujets; aussi la suite des accidents est-elle longue et diversifiée.

Les troubles digestifs sont très fréquents, et la salivation est particulièrement commune. Citons encore les pesanteurs d'estomac, le hoquet persistant, les nausées, les vomissements. Quelquefois il y a des coliques et par-ci par-là de la diarrhée ou de la constipation. Très exceptionnellement, on a pu voir un ver rubanné se pelotonner et obstruer le calibre de l'intes-

tin, ce qui entraine le développement des phénomènes de l'étranglement interne de certains malades les accusant des perversions du goût, une constriction pharyngée marquée, sans autres symptômes bien nets d'hystérie. Il est admis vulgairement que la boulimie est un des symptômes des vers rubannés. Elle est moins commune qu'on ne le dit, mais peut cependant exister. C'est ainsi qu'on a publié l'observation d'un matelot que vingt rations par jour suffisaient à peine à rassasier et qui, désespéré de cette faim dévorante, voulut se suicider ; une fois qu'on l'eut débarrassé d'un tænia dont il était porteur, une ration lui suffit complètement.

Les troubles respiratoires sont beaucoup plus rares. Cependant on observe fréquemment une toux fatigante. Une jeune fille de 11 ans, atteinte d'une toux de ce genre, l'a vu diminuer à la suite de l'expulsion d'une partie d'un tænia; elle ne fut débarrassée que lorsqu'une deuxième tentative fut suivie d'un succès complet.

D'une manière générale, on ne doit rattacher un symptôme à la présence du ver que lorsque ce symptôme disparaît entièrement à la suite de l'expulsion du parasite. Quelquefois le ver entraîne le développement de véritable accès d'asthme nerveux.

Du côté de l'appareil circulatoire, on constate des palpitations, des irrégularités, des intermittences, de la dilatation cardiaque droite. Bérenger-Féraud a vu l'angor pectoris être causé, chez un officier, par la présence d'un tænia.

Parmi les troubles des sens, on a noté l'amblyopie passagère. existel aussi dans la science des cas de surdité, des modifications de l'odorat ; Frank a publié trois observations de sujets gênés par une sensation subjective de puanteur ; cette sensation disparut à la suite de l'expulsion d'un ver.

Les anesthésies, les analgésies, les fourmillements, sont des phénomènes assez fréquents ; d'autres fois les malades se plaignent d'un prurit assez vif, de démangeaisons qui siègent surtout aux lèvres et dans la région péri-anale. Parfois même il se développe un prurigo généralisé avec papules.

Les vertiges sont fréquents, mais non continus. En effet, une cause constante, telle que la présence du ver, ne détermine jamais que des effets intermittents. Les vertiges peuvent entraîner des chutes, des syncopes, des vomissements. Legendre a publié l'observation d'un négociant, âgé de 28 ans, qui depuis cinq ans était sujet à peu près tous les mois à de violents vertiges ; une fois même, il était tombé sans connaissance ; avec cela dyspepsie, tristesse, etc. L'expulsion d'un tænia de 7 mètres amena la guérison.

Quelquefois, il se produit des spasmes généraux ou locaux qui peuvent même siéger au diaphragme.

On a pu observer des cas d'épilepsie dus au tænia. En 1876, Mesnet a publié l'observation d'un homme qui avait été atteint d'épilepsie tardive à l'âge de 44 ans ; le malade fut guéri à la suite de l'expulsion du ver. Vous savez qu'une épilepsie tardive est rarement idiopathique et dépend le plus souvent de causes qu'il faut rechercher. D'autre part, l'expulsion du parasite n'est pas toujours suivie de la disparition immédiate des phénomènes

convulsifs ; cependant, dans la majorité des cas, les phénomènes finissent par s'amender.

A côté de ces accidents il faut encore citer les paralysie diverses, les paraplégies Certains cas d'aliénation mentale dépendent nettement de la présence d'un cestode ; il en est ainsi dans des faits de Ferrus, de Wood, etc. ; la folie disparaît lorsque le parasite est chassé.

Un certain nombre d'auteurs ont insisté vers les modifications du caractère qui, vous le savez, sont d'une façon générale très fréquentes à la suite des troubles des voies digestives. Bérenger-Féraud a publié l'observation d'un marin naviguant depuis l'enfance qui, faisant une absence de trois semaines sur l'escadre d'évolution fut pris de nostalgie. Il pleurait, maigrissait et dépérissait tellement qu'on l'envoya à l'hôpital. Là, on s'aperçut qu'il avait le tænia et l'on tenta de l'en débarrasser. Le ver fut expulsé sans la tête et,malgré cela, dès le lendemain, toute hypochondrie avait disparu. Au bout de quatre mois, les cucurbitines reparurent dans les selles et la nostalgie se reproduisit pour disparaître définitivement lorsque le ver fut expulsé en entier.

C'est aussi à Bérenger-Féraud que l'on doit l'observation d'un officier de marine très distingué qui, atteint de tænia devint, pessimiste, fut écrasé par la responsabilité du commandement et n'osa plus rien tenter avec son navire ; l'expulsion d'un tænia fit disparaître appréhensions et tristesse.

On a publié des faits très étranges. Un individu d'une intelligence tout à fait moyenne est atteint de tænia. Immédiatement sa mémoire augmente et il semble acquérir une acuité d'esprit très remarquable. Tout disparut à la suite du succès obtenu par un anthelminthique.

En fait, tout cela veut dire que le diagnostic du tænia est difficile, car les symptômes en sont infiniment variés. Cela veut dire aussi que c'est le plus souvent l'examen direct de fragments de ver qui vous permettra seul d'observer la présence du parasite, dont beaucoup de gens du reste croient être atteints, tandis qu'il ne s'agit que de l'expulsion de mucosités concrètes. Cependant, une salivation persistante, une constriction pharyngée sans phénomènes d'hystérie ont une certaine valeur diagnostique.

On conseille contre le tænia, un très grand nombre de médicaments, une cinquantaine au moins ; un très petit nombre sont réellement utilisables. Ils se divisent en agents indigènes et exotiques. Parmi les seconds il faut citer surtout le kousso, le musenna, le kamala. Le kousso est excellent, mais il est inutile d'y avoir recours, car il est très altérable, ce qui cause de fréquents échecs.

La fougère mâle parmi les tænifuges indigènes est surtout dirigée contre le bothriocéphale On se sert de l'extrait éthéré, de la poudre et de la décoction. On donne 2 grammes d'extrait éthéré, mélangés à 5 grammes de poudre, puis, par-dessus, on fait avaler une décoction de 3 grammes de poudre dans 100 grammes d'eau. Après deux heures, 60 grammes d'huile de ricin sont administrés.

Les graines de potiron sont aussi un médicament indigène utile dans certains cas. Il faut employer les graines des *cucurbita maxima*, ou gros potirons et ne pas prescrire par exemple des graines de courges, ces dernières étant beaucoup plus difficiles à se procurer et donnant de moins bons effets. On prendra 250 grammes de graines, encore dans la coque, que

l'on mondera seulement au moment de s'en servir, afin d'éviter toute altération et la production d'un goût désagréable. Il reste environ 50 ou 60 grammes de graines que l'on peut croquer, mettre en pâte avec du sucre ou émulsionner dans du lait. Dès la veille, le malade doit être soumis à la diète lactée et il faut qu'il prenne un purgatif deux heures après l'administration de l'anthelminthique. Les graines de courges ne sont employées que chez les individus dont les voies digestives sont susceptibles, car elles ne donnent que 4 p. 100 de succès.

Le vrai médicament est l'écorce de la racine,du tronc, et des branches un peu âgées du grenadier. La dose est de 60 grammes d'écorce pas trop ancienne. On la fait macérer dans 750 grammes d'eau pendant vingt-quatre heures, puis on réduit à 500 grammes. Le malade doit absorber en deux fois à dix minutes d'intervalle et prendre 60 grammes d'huile de ricin, dès qu'il sent quelques mouvements dans le ventre. Si on donne les purgatifs trop tôt, le tænia n'est pas encore endormi ; si on le donne trop tard, il est déjà remis et la tête reste.

L'écorce de grenadier entraîne des troubles vertigineux, des bourdonnements d'oreilles qui sont encore plus intenses avec la pelletièrine, glucoside extrait par Tanret. On se sert de sulfate de pelletièrine; mais ce corps employé seul s'absorbe dans l'estomac et agit surtout sur le patient et non sur le ver. Aussi Tanret mélange-t-il le sulfate au tannin, afin d'en retarder l'absorption.

Le malade, qui a été soumis la veille à la diète lactée, prend 30 centigrammes de pelletièrine en deux fois, à une demi-heure d'intervalle ; puis, on attend environ une heure et on donne le purgatif. S'il n'agit pas, on peut administrer un lavement purgatif une heure plus tard. On obtient 79 p. 100 de succès complet. La pelletièrine entraîne des vertiges, des étourdissements, une sorte d'ébriété très marquée. Tous ces phénomènes sont moins intenses si vous avez soin de maintenir le malade au lit. En cas d'échec, il ne faudra redonner l'anthelminthique que lorsque les cucurbitins réapparaîtront dans les selles ; il semble, du reste, que le ver s'habitue à l'action de la pelletièrine, il y résiste plus facilement lorsqu'il y a déjà été soumis une première fois.

REVUE DE LA PRESSE FRANCAISE

CHIRURGIE

—

Le traitement des ulcères fait toujours la préoccupation des chirurgiens et de temps en temps des traitements nouveaux apparaissent et doivent être portés à la connaissance du public médical.

C'est ainsi que M. Marquant dans sa thèse (Lille) loue beaucoup l'*effluvation* comme faisant promptement disparaître les ulcères. L'effluvation est une méthode électro-thérapeutique qui consiste à placer un malade sur un tabouret isolant et à le mettre en rapport avec le pôle négatif d'une machine électro-statique ; puis un pinceau ou une pointe, en communication avec le pôle positif, est ensuite approché d'un point du corps

à une distance variable pour obtenir soit une étincelle, soit un simple souffle électrique Cette effluvation aurait paraît-il une influence heureuse sur la nutrition des tissus.

Voici comment procède le professeur Doumer qui a inspiré la thèse de M. Marquant.

Après avoir pratiqué le nettoyage antiseptique de la plaie, on fait un pansement protectif à l'ouate antiseptique.

Le pansement est renouvelé deux fois par semaine ou seulement une fois ; mais la plaie doit être soumise, trois fois par semaine, au traitement par l'effluvation, tel que nous venons de l'indiquer. Par conséquent, l'effluvation était faite une séance à travers le pansement qui bien entendu était aussi mince que possible. Dans un seul cas l'auteur a été obligé de renouveler le pansement tous les jours à cause de l'énorme surface de l'ulcère, de l'abondance et de l'odeur de la sécrétion.

M. Marquant cite dans sa thèse 22 observations d'ulcères de nature variée qui tous on guéri ou ont été rapidement amélioré.

L'ensemble de ces malades peut d'ailleurs être divisé en trois groupes.

« Dans un premier groupe dit l'auteur, sont les malades franchement variqueux ; chez tous ces sujets nous avons constaté une amélioration immédiate ; suppression de la douleur avec modification des téguments voisins de la partie malade, pour la plupart rouge lie de vin, œdématiés, asphyxiques pour ainsi dire; les dilatations variqueuses diminuent et la plaie guérit rapidement.

Dans un second groupe, nous avons les malades qui, outre leur diathèse variqueuse, en ont une autre qui met tout l'organisme dans un état fâcheux, défectueux. Chez eux, l'électricité agit d'abord sur l'état général et c'est lorsque l'équilibre sera sensiblement rétabli que l'action de l'électricité statique localisée au niveau de l'ulcère par l'effluvation, le modifiera et le guérira vite, maintenant que c'est là la seule brèche à combattre.

Dans deux cas, en effet, on a vu une amélioration générale avant de constater une action locale. Chez une brightique, par exemple, les petits signes : œdème, mouches noires volantes, douleurs rénales, crampes et sensation de froid, se sont amendés ou ont disparu ; c'est alors seulement que l'ulcère n'a plus été douloureux et qu'il a diminué.

Enfin, les ulcères de la troisième catégorie, atoniques, se sont comportés, quoiqu'ils ne nous aient paru liés à aucune diathèse spéciale, sensiblement comme les précédents, c'est-à-dire qu'après une amélioration de l'état général il y a eu amélioration de l'état local. »

On sait combien sont rares les plaies pénétrantes de l'abdomen simples, c'est-à-dire sans lésions des viscères, surtout quand le traumatisme est produit par la balle d'un fusil de guerre, leur existence a été signalée non seulement dans les expériences de Reclus et Noguès, Saenn, Mac-Cormac, mais aussi dans la pratique chirurgicale. Dans les *Archives de médecine militaire* le Dr Decaux en rapporte un nouvel exemple.

Il s'agit d'un soldat qui a essayé de se suicider en se tirant dans l'abdomen un coup de fusil (modèle 1874). La balle traversa l'abdomen de part en part, et l'homme mourut en moins de dix minutes, sans reprendre connaissance et en perdant beaucoup de sang par les orifices d'entrée et de sortie du projectile.

L'orifice d'entrée était à sept centimètres à gauche de l'ombilic et un peu au-dessus de la ligne horizontale passant par l'ombilic ; l'orifice de sortie était à sept centimètres à droite de la ligne des apophyses épineuses et à treize centimètres au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne.

A l'autopsie on trouva le muscle grand droit du côté gauche perforé. Dans la cavité péritonéale quelques caillots et un peu de sang épanché. *Pas de perforation de l'intes-*

tin grêle ni du gros intestin. Au voisinage de la blessure l'intestin présentait quelques ecchymoses n'atteignant pas la muqueuse. La balle est passée devant le colon descendant et en dedans de lui, abrasant quelques franges graisseuses et perforant le mésocolon descendant presqu'au niveau de son insertion sur l'intestin. Large ecchymose dans le mésocolon.

Grande infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-péritonéal remontant jusqu'au diaphragme et descendant jusque dans le petit bassin le long du psoas gauche. Ce muscle est traversé par un canal laissant pénétrer les quatre doigts.

La mort a été causée par les lésions du rachis. Le corps de la cinquième vertèbre lombaire était en effet traversé de part en part et fracturé en une multitude de fragments. La mœlle était sectionnée avec ses enveloppes.

CONGRÉS DES MÉDECINS ALIÉNISTES

(Suite et fin)

Hallucinations oniriques des dégénérés. — M. Régis. — Les hallucinations sont rares chez les dégénérés héréditaires, notamment chez les persécuteurs. Cependant les mystiques sont assez fréquemment sujets à des hallucinations diurnes et nocturnes qui se montrent toujours dans un état de rêve éveillé ou endormi. M. Régis les a appelés oniriques. Ces hallucinations sont intermittentes. Elles consistent en un ensemble d'hallucinations, une sorte de scène hallucinatoire suivie, cohérente, complète, detype toujours uniforme. Une apparition surgit aux yeux du malade, le plus souvent animée et céleste, mais toujours environnée d'une clarté plus ou moins brillante. Presque toujours une voix s'élève et dicte dans la langue mystique ce que le ciel attend du sujet. Le mystique recueille ces paroles qui le guideront désormais et parfois il converse avec l'apparition. Les diverses hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher, du gout et de l'odorat sont susceptibles de survenir et de se succéder dans la vision mystique. Cette participation possible de tous les sens indique qu'il s'agit d'hallucinations psycho-sensorielles. Les hallucinations oniriques peuvent se rencontrer chez tous les aliénés à délire mystique, dans l'alcoolisme, les psychoses infectieuses, les délires toxiques en général.

Les urines dans la paralysie générale. — D'après les recherches de MM. Kleppel et Serveaux il existe a la seconde période de la paralysie générale, une polyurie très marquée, les urines sont très peu denses, claires et laissent un dépôt muqueux assez abondant. Il y a diminution de la sécrétion de l'urée et de celle des phosphates et la quantité de chlorure est augmentée.

Affections de l'oreille et paralysie faciale. — M. Lannois a constaté que l'otite moyenne légère est souvent suivie de paralysie faciale. Le névrilème du facial se gonfle et cele se voit surtout dans les cas où il y a une fissure du canal de Fallope. Dans cette variété de paralysie on observe de la fièvre, des douleurs d'oreille, des troubles de l'ouïe, etc. Le pronostic est plutôt favorable. On ne deit jamais négliger d'examiner l'oreille dans les paralysies faciales périphériques.

Hérédo-ataxie cérébelleuse. — M. P. Londe a observé deux cas d'hérédo-taaxie cérébelleuse chez un frère et une sœur. A 26 ans les deux malades ont présenté de l'incoordination musculaire dans les membres avec des phénomènes neurasthéniques et des troubles de la parole. Il n'y à pas de troubles visuels ce qui permet de rapprocher ces

faits de la maladie de Friedreich. On pourrait aussi penser à certaines scléroses en plaques de diagnostic difficile en dehors du caractère familial.

Hémianopsie. — M. Lamy a observé chez une femme qui avait eu 5 ans auparavant des accidents de syphilis cérébrale une hémianopsie latérale droite. Bientôt la malade présenta des absences pendant lesquelles elle apercevait une figure d'enfant dont les yeux la fixaient. Cette hémianopsie hallucinatoire peut se rapprocher de la migraine ophtalmique ; elle ne s'accompagne d'aucune hallucination dans la sphère des autres fonctions sensorielles ni d'aucun trouble de l'intelligence. Il s'agit d'un phénomène d'excitation de la sphère visuelle occipitale qui tient à l'existence d'une lésion localisée,

Paralysie générale à forme tabétique. — M. Joffroy, dans le courant de 1890, fut consulté par un malade qui présentait tous les symptômes du tabes : crises douloureuses, troubles urinaires, signes de Romberg et d'Argyll Robertson, etc., etc., sans aucun trouble cérébral.

L'année suivante, M. Joffroy envoyait ce malade à Lamalou, et à son arrivée on remarqua qu'il présentait quelques troubles cérébraux survenus inopinément pendant le voyage : peut-être avait-il eu à ce moment une petite attaque apoplectiforme. Amélioré, il retourne à Lamalou deux ans plus tard, et l'on constate alors des troubles de la parole, de la mémoire ea de l'intelligence qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une paralysie générale. Enfin, cette année, le malade entra à l'hôpital avec un accès maniaque violent à la suite duquel il succomba. Fait remarquable, il présentait une amélioration très marquée de la marche et la disparition du signe de Romberg.

L'examen histologique de la moëlle a donné les résultats suivants :

Sur une coupe au niveau du tiers moyen de la région cervicale de la moelle épinière, on trouve les racines saines ; les méninges sont épaissies. Les cordons de Goll sont pris dans leur totalité et leur lésion s'étend en se réfléchissant à la façon d'une bordure au niveau de la commissure postérieure. Dans le faisceau pyramidal croisé et la zone de Gowers, les vaisseaux présentent des gaînes épaissies et les capillaires sont entourés d'un tissu interstitiel plus abondant que d'habitude. Les faisceaux latéraux postérieurs sont sains.

Sur des coupes de la région lombaire il y a de la méningite spinale, pas de lésions dans les cordons antéro-latéraux, et une lésion totale des cordons postérieurs s'avançant jusqu'à environ un quart de la distance de la commissure postérieure à la périphérie.

Si l'on jette un coup d'œil sur l'ensemble des lésions rencontrées sur ces différentes coupes, on voit qu'elles diffèrent de celles du tabes par plusieurs points de détail : d'abord par les lésions des cornes antérieures qui s'observent rarement à un si haut degré dans le tabes, mais surtout par l'état des racines dont les altérations sont minimes su une grande étendue de la moelle et beaucoup moins accusées que dans le tabes classique. C'est en réalité d'une paralysie générale spinale ayant simulé le tabes aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique qu'il s'agissait. Au point de vue clinique. il faut remarquer l'amélioration si remarquable des symptômes moteurs et la disparition du signe de Romberg.

Paralysie générale et chorée. — MM. Vallon et Marie — La périencéphalite peut concorder avec les névroses diverses. La chorée serait, dans quelques cas, un symptôme initial en rapport avec une paralysie générale ultérieure. Un des paralytiques observés

par MM. Vallon et Marie eut plusieurs fois la chorée dans son enfance et bien plus tard encore, au début de sa paralysie générale développée à l'âge de 33 ans. Chez un autre malade les mouvements choréques étaient rhytmiques et localisés dans un membre sous forme d'abcès paroxytiques.

Le faciès dans les myopathies. — M. Henri Meige a vu chez des myopathiques se produire une accentuation de la fossette médiane du menton, des rides excentriques sur la paupière inférieure, une fossette latérale aux coins des lèvres. Le faciès myopathique que l'on a regardé comme propre à la forme facio-scapulo humérale est modifié ou atténué dans les différentes formes de myopathie progressive.

La législation de l'alcoolisme. — M. Ladame termine la lecture d'un beau travail sur ce sujet par les conclusions suivantes

L'assistance des alcooliques réclame avant tout la fondation d'asiles pour la guérison des buveurs, soit publics comme en Amérique, en Angleterre, en Australie, soit privés comme il en existe en Norwège, Finlande, Suède, Hollande, Allemagne, Suisse. Ces asiles doivent remplacer les prisons et les maisons de correction qui aggravent l'état physique et moral des ivrognes qui y sont placés et continuent à les rendre incurables.

Ces asiles doivent être organisés et dirigés d'après les principes de la science médicale.

On y recevra les cas récents et curables. La loi devra accorder à ces asiles un droit de détention sur les buveurs qui y seraient internés, moyennant une déclaration médicale, pour une durée minimum de six moix et maximum de deux ans.

L'abstinence totale des boissons alcooliques, le travail et la discipline sont les principes fondamentaux du traitement moral dans les asiles pour buveurs. Le personnel et les employés doivent s'y conformer aussi bien que les pensionnaires.

A sa sortie de l'asile l'ivrogne guéri doit être placé dans un milieu abstinent, sous le patronage de sociétés de tempérance. A la moindre menace de récidive, il doit pouvoir être immédiatement réintégré dans l'asile.

Les buveurs aliénés, épileptiques et délinquants, ne doivent pas être admis dans les asiles pour la guérison des ivrognes. Il faut fonder des établissements spéciaux pour l'internement, la détention et le traitement des buveurs aliénés, épileptiques, délinquants ou moralement pervertis.

La fondation d'hospices spéciaux serait désirable pour le placement des ivrognes incurables qui sont par leur dissipation leur immoralité et leur violence, un danger permanent pour leur famille et pour la société.

Après discussion de ces conclusions, le Congrès a émis le vœu : 1° que des mesures législatives spéciales soient prises à l'égard des buveurs qui constituent un danger social ; 2° que des asiles spéciaux soient fondés pour l'assistance et le traitement rationnel des buveurs ; 3° que les médecins aliénistes soient consultés sur les conditions dans lesquelles devront être construits les asiles spéciaux pour alcooliques.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre 1894

Présidence de M. ALPH. GUÉRIN

Intoxication saturnine

M. Riche lit un rapport sur une intéressante observation d'intoxication saturnine que nous croyons devoir rapporter ici. Elle est due à M. Faveau de Courmelles et ainsi conçue :

« Je viens d'être témoin à la campagne d'un nouveau mode d'empoisonnement par le plomb qui était insoupçonné jusqu'ici. Dernièrement, un ouvrier des champs était pris de coliques intolérables, puis un second, puis un troisième, éprouvèrent les mêmes symptômes. Le plomb étant la dernière cause morbide à laquelle on pût songer, on traita les patients pour toute autre chose. Sur ces entrefaites, l'un d'eux mourut, et les sept survivants, sur huit malades, examinés par un second confrère, médecin d'une fabrique de sucre, furent reconnus atteints du liseré. »

Il résulte des renseignements complémentaires que l'ingestion de la boisson incriminée a eu lieu pendant plusieurs mois, et que le séjour du cidre dans le vase, dit en étain, durait une heure ou deux heures au plus chaque jour. Il a donc suffi de ce contact peu prolongé pour déterminer dans l'organisme des huit ouvriers une accumulation plombique capable de produire le liseré gingival, ainsi que les coliques de plomb, et pour amener la mort de l'un d'eux. »

Le rapporteur entre ensuite dans de longs détails sur les divers alliages où entre le plomb et signale les dangers auxquels on s'expose quand on le fait participer dans une proportion inférieure à 5 0/0.

Les dangers de la bicyclette

M. H. HALLOPEAU fait un rapport relatif au travail de M. L. H. Petit, intitulé : *Sur trois cas de mort subite en vélocipède* ; il arrive à des conclusions un peu différentes de celles de l'auteur et les formule ainsi qu'il suit :

1° Chez un sujet ayant l'expérience de la bicyclette, l'usage modéré de cet instrument ne trouble en aucune mesure les fonctions cardiaques ; il constitue, au contraire, une utile gymnastique respiratoire ; il ne produit pas de dyspnée ; M. Hallopeau a constaté, en effet, que l'augmentation du nombre des mouvements respiratoires est insuffisante chez un bicycliste allant avec une allure modérée, qu'elle est moindre que dans la marche, et que, par contre, phénomène favorable, l'aptitude des mouvements respiratoires augmente notablement ;

2° Le rôle de cet usage modéré dans la production des morts subites ne peut être que celui d'une cause occasionnelle d'importance secondaire ;

3° Les efforts liés, soit à l'apprentissage, où il faut exercer et mettre en jeu des muscles qui n'interviennent que peu ou point dans la marche pédestre, soit à la course trop rapide, soit à l'ascension des côtes, doivent être seuls considérés comme dangereux ;

4° C'est seulement pour les malades atteints d'insuffisance aortique ou d'affection mitrale non compensée que l'interdiction doit être absolue ;

5° Aucune raison valable ne peut être invoquée en faveur de l'opinion qui considère comme dangereux pour les vieillards l'usage prudent du vélocipède ; cet exercice, en dehors de son grand agrément a, au contraire, l'avantage de favoriser puissamment les fonctions de la peau et des poumons, d'exercer les muscles, d'augmenter l'appétit, de faciliter la digestion et de stimuler la nutrition générale.

Une longue discussion s'engage entre *MM. Daremberg*, *Cadet de Gassicourt*, *Verneuil*, *Larrey*, *Dumontpallier* et aboutit aux conclusions suivantes votées par l'Académie.

1° L'usage de la bicyclette ne trouble point les fonctions cardiaques. L'expérience seule pourra permettre de se prononcer sur les causes des accidents observés ;

2° Les efforts violents ; par l'apprentissage et par les courses sont seul dangereux ;

3° Ces dangers, pour les aortiques et les mitraux compensés doivent motiver pour ces malades, l'interdiction de la bicyclette ;

4° Ces dangers sont réels pour les vieillards, même en état de santé.

Intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire

M. Gaillard, à propos de *l'intervention chirurgicale dans les cas de lithiase biliaire*, divise les malades en *fébricitants* et en *non fébricitants*, d'où s'impose, dans un cas, l'expectative et la prudence, tandis que, dans l'autre, il est permis au chirurgien d'intervenir hâtivement.

FORMULAIRE D'HYGIENE

—

Hygiène de la bouche

La salive et les mucosités buccales renferment une foule de microbes qui ne sont pas tous inoffensifs. Ils se logent dans le tartre, dans les interstices dentaires et s'y multiplient. Ils deviennent la source de stomatites et parfois, même, le point de départ de maladies infectieuses. Une propreté minutieuse de la bouche est donc indispensable en tout temps et l'antisepsie devient nécessaire en cas de maladie. A l'état de santé, pendant la jeunesse, alors que les dents sont encore intactes et que la bouche a gardé toute sa fraîcheur, il suffit de la laver et de brosser les dents, le matin au moment de la toilette et après chaque repas. L'eau pure ou additionnée d'une eau dentifrice quelconque convient parfaitement pour cette lotion de simple propreté.

Il faut toutefois, même dans la jeunesse, se rendre de temps en temps chez le dentiste pour faire enlever le tartre que la brosse n'emporte pas toujours et pour s'assurer qu'aucune des dents ne commence à s'altérer.

Dans l'âge mur cette visite devient indispensable, parce qu'il est rare que la denture soit intacte. Il y a alors des caries à soigner, des dents complètement altérées à arracher, des racines à extraire et ces opérations ne peuvent se différer sans compromettre les dents encore saines et l'intégrité de la muqueuse buccale.

Lorsqu'il y a, et c'est le cas le plus fréquent, un peu de stomatite, que les mucosités buccales sont acides, les gencives un peu tuméfiées, il est indispensable de faire intervenir les liquides antiseptiques La solution boriquée à 3 p. 100, une solution faible d'acide salicylique sont les collutoires les plus convenables. Il faut alors se servir d'une

brosse un peu dure, ne pas craindre de faire saigner les gencives, conserver sa brosse dans un verre spécial, rempli d'eau et il est bon de la désinfecter de temps en temps à l'aide de la solution de bichlorure au 1000me.

Dans la vieillesse, alors que la plupart des dents sont tombées et ont été remplacées par des pièces artificielles, que celles qui restent sont branlantes et que le périoste en est altéré; il faut redoubler de soins, insister sur les lavages antiseptiques, retirer les pièces artificielles après chaque repas et les brosser avec force ; il faut les enlever le soir et les mettre pour la nuit dans un verre rempli d'eau boriquée à 3 p. 100

Dans l'état de maladie, la conduite à tenir est différente ; nous l'indiquerons dans notre prochain formulaire.

(*A suivre.*)

COURRIER

—

Liste des candidats a l'Ecole principale de Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales a la suite des examens écrits. — 1° *Médecine*. — MM. les étudiants Abadie-Bayro, Adam, Allard, André, Auffret, Barbe, Barat, Bellet, Beraud, Berthail, Bezier, Bigot. Bouillet, Briand, Brisemur, Brouillard, Builles, Cadet, Cannac, Cassé, Chabal, Chabaneix, Chapeyroux, Chaumanet, Chauvin, Colin, Constantin, Creignon, Damond, Dardenne, Delaune, Duval, Fargier, Gachet, Gaimard, Georges, Grandmaire, Guilbot, Guillemet, Haguet, Hemet, Honorat, Imbert, Izambart, Jeunet, Joly, Jouvenceau, Lamarque, Lasserre, Lassignardie, Lecœur, Lecarre, Le Moal, Lepinte, Letonturier, Lucas, Maille, Margain, Maury, Mias, Michel, Mielvaque, Monnier, Morin, Mouillac, Moulinier, Nédelec, Nouvat, Nuel, Pelofi, Perrot, Petit, Pujol, Ricaud, Robert, Rouault, Roubaud, Savignac, Santarel, Thomas-Derevoge, Thibault, Vallet, Venturini, Vivie, Westermann.

— Le préfet de la Seine, agissant pour le compte de l'Assistance publique, vient d'être autorisé à acquérir un immeuble situé à Paris, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 33, 35 et 37, et d'une superficie de 4,700 mètres pour l'agrandissement de l'hôpital Cochin.

Opinion du conseil d'état sur la salubrité des punaises. — «Considérant qu'aux termes de l'article 1er de la loi du 13 avril 1850, sont réputés insalubres les logements qui se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé des habitants;

« Considérant que l'existence des punaises dans la maison du sieur X... ne constitue pas une cause d'insalubrité dans le sens de la disposition législative précitée; qu'ainsi le sieur X... est fondé à soutenir que c'est à tort qu'il lui a été enjoint d'exécuter, par application de la loi du 13 avril 1850, divers travaux d'assainissement dans l'immeuble dont il s'agit, la délibération du Conseil municipal susvisée et annulée. »

—Pendant un violent orage, le Dr Martin de Gimard, ancien chef de clinique de la Faculté aux Enfants malades, a été foudroyé au sommet du Pilate en compagnie d'un autre touriste.

Le Dr Bertrand, de Châlons, en villégiature à Louhans, s'est noyé en se baignant dans la Seille.

—On montre en public, à Berlin, un petit enfant âgé à peine de deux ans révolus qui lit assez couramment, à haute voix, l'écriture imprimée et manuscrite aussi bien en lettres allemandes qu'en lettres latines. Ce petit prodige a commencé vers la fin de sa première année à montrer un goût particulier pour la lecture, sans toutefois y être poussé par ses parents qui n'ont qu'une instruction sommaire. Il a débuté par se faire dire des légendes qui se trouvent au-dessous des images et dessins, puis les titres des livres exposés aux vitrines des libraires, les enseignes des boutiques et les noms des rues. Cela fait, il a emmagasiné dans son cerveau l'image représentative des mots à lui connus et peu après il a de lui-même, ces mêmes mots venant de nouveau à se présenter à ses yeux, lu sans épeler mais en embrassant d'un seul coup l'ensemble de chacun de ces mots. Il a ainsi appris à connaître les diverses lettres de l'alphabet qu'il a su reconnaître ensuite, lettre par lettre, dans d'autres mots à lui inconnus et qu'il a pu lire en entier, appliquant, de son propre mouvement, le système d'enseignement de la lecture généralement professée. Si on lui donne un certain nombre de mots, l'enfant les arrange pour en faire une phrase qu'il dit ensuite avec une voix et une prononciation qui ne sont pas autres que celles d'un enfant de son âge. (*Semaine Médicale.*)

Empoisonnement par les langoustes. — Les recherches entreprises au laboratoire municipal de Paris font supposer que les intoxications occasionnées par les langoustes sont dues à des causes diverses : 1° à ce que, souvent, les langoustes sont vendues mortes ; 2° à ce que les langoustes expédiées cuites des ports peuvent contenir des ptomaïnes provenant de la nourriture qui leur est donnée dans les bassins où elles sont entreposées ; 3° enfin, et c'est le cas qui paraît le plus probable, à ce que les langoustes cuites sont gardées dans la glace provenant des étangs de Paris. Ces glaces sont impures ; elles renferment donc des germes de putréfaction, lesquels se développent dans la langouste qui devient ainsi un excellent champ de culture. Effectivement, la carapace des langoustes contient des phosphates et tous les éléments propres au développement des germes. — De nouveaux cas graves viennent de se produire à Paris.

Nécrologie. — MM. les docteurs Burlet (de Meximieux), Bouveret (de Saint-Genis-l'Aoste), Chouippe (de Bédée), A. Froin (de Saint-Giers-Lalande), Level (de Paris), Tavernier (de Lyon).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale. — II. Du Castel : Hôpital Saint-Louis. — III. Les champignons comestibles et vénéneux (suite et fin). — IV. Hygiène. — V. Bibliothèque. — VI. Courrier.

REVUE GÉNÉRALE

—

L'érysipèle des nouveau-nés

Ce n'est guère qu'en 1830 que Baron a fait entrer l'érysipèle des nouveau-nés dans le cadre nosologique. Il faut citer ensuite les travaux de Berndt, de Chomel et Blache, de Billard, Trousseau, Lorain, puis tout récemment ceux d'Achalme et de E. Lemaire, qui nous serviront de guides.

L'érysipèle des nouveau-nés tend à devenir de moins en moins fréquent de même que les autres affections puerpérales, celles de la mère comme celles de l'enfant. Il apparaît habituellement du 10e au 15e jour après la naissance. L'érysipèle se montre quelquefois beaucoup plus tard, jusqu'au 3e mois; mais à cette époque de la vie on ne peut pas dire qu'il s'agisse d'un érysipèle des nouveau-nés, car bien que le pronostic de la maladie soit encore mauvais, elle se rapproche par sa localisation de l'érysipèle de l'adulte. La plaie ombilicale est la porte d'entrée du microbe dans le vrai érysipèle des nouveau-nés, et il y a longtemps que Lorain a dit que la plaie ombilicale était pour l'enfant ce que la plaie utérine était pour la mère. C'est surtout dans les hôpitaux que l'on observe l'érysipèle des nouveau-nés; c'est dire le rôle que l'encombrement, la mauvaise hygiène, les maladies antérieures ont dans son développement. Très souvent les enfants athrepsiques sont atteints.

L'érysipèle débute autour de la plaie ombilicale et chez des enfants dont les mères présentent des accidents infectieux, Achalme a fait des cultures avec le liquide du sillon d'élimination du cordon ; il n'a trouvé aucun micro-organisme saprogène ou pathogène.

Rien n'empêche d'admettre que l'érysipèle de la plaie ombilicale peut dériver d'une contagion ordinaire et Yot a voulu distinguer absolument les érysipèles puerpéraux et les non puerpéraux. Pour lui l'érysipèle puerpéral serait épidémique, infectieux absolument fatal; l'autre, se développant en dehors de l'état puerpéral aurait un pronostic beaucoup plus bénin. Etant données les notions qui ont cours actuellement en microbiologie, on pourrait exprimer cette idée en disant qu'il y a dans l'érysipèle puerpéral un microbe dont la virulence est accrue. D'autre part, on pourrait dire aussi que c'est le terrain sur lequel se développe le microbe qui joue le plus grand rôle; la maladie étant d'autant plus grave que l'organisme est plus affaibli.

Les lésions de la peau dans l'érysipèle péri-ombilical sont assez différentes de celles que l'on observe dans l'érysipèle en général. Notons la tuméfaction des ganglions, la possibilité d'une lymphangite. La veine ombilicale est souvent atteinte de phlébite qui remonte plus ou moins loin; on a vu la phlébite des sinus.

Les streptocoques occupent surtout le tissu cellulaire sous-dermique;

jamais ils ne pénètrent dans les tuniques moyenne et interne des vaisseaux sanguins, mais ils sont extrêmement abondants dans la tunique externe et dans les lymphatiques, où ils peuvent former de véritables thrombus. Chez l'adulte, au contraire, c'est la couche sous-papillaire du derme qui renferme le plus de streptocoques, et le tissu cellulaire sous cutané dans les cas les plus purs n'est que secondairement atteint. Les microbes sont tous hors des leucocytes même dans les vaisseaux lymphatiques ; il n'y en a jamais dans l'épiderme.

Il y a absence complète de réaction de la part des tissus intéressés et c'est là un fait fort intéressant ; « malgré la gravité de la maladie il semble, sur une coupe où les microbes ne sont pas colorés, qu'il s'agit d'une coupe de peau normale un peu œdématiée (Achalme) ». Ni infiltration leucocytaire diffuse, ni prolifiration des cellules fixes.

L'érysipèle débutant à l'ombilic s'accuse d'abord par une simple rougeur de la peau qui devient violacée, tendue, se boursoufle. L'enfant est généralement assez abattu, il crie, cependant la fièvre est souvent peu marquée, et cela dans les cas les plus graves ; d'autres fois le thermomètre monte à 40, 41°. Bientôt l'exanthème s'étend, presque toujours vers les parties inférieures du corps, envahissant le scrotum ou les grandes lèvres, les cuisses, les jambes ; il peut ensuite se propager vers les parties supérieures. L'érysipèle est donc essentiellement ambulant ; de plus, la rougeur n'est pas comme chez l'adulte limitée par un bourrelet net, mais est simplement surélevée.

L'état général devient rapidement très mauvais, l'agitation d'abord excessive s'accompagne de vomissements, puis bientôt de diarrhée. Bientôt se montre le collapsus, parfois entrecoupé d'accès de convulsions ; enfin la mort survient du 5e au 7e jour en moyenne.

Les complications, très fréquentes, assombrissent encore le pronostic. Une des plus redoutables est la gangrène qui envahit une étendue plus ou moins grande de la paroi abdominale du scrotum ou des grandes lèvres. Très souvent la gangrène est précédée de l'apparition de phlyctènes.

La phlébite de la veine ombilicale est assez fréquente et s'accompagne souvent d'ictère. L'ictère peut aussi dépendre d'une hépatite infectieuse véritable sans inflammation de la veine ombilicale ou de la veine porte (Lemaire).

Signalons encore l'inflammation de la veine porte, la péritonite, qui dépendent tantôt de la propagation de l'inflammation érysipélateuse, tantôt de la généralisation de la maladie, de la septicémie érysipélateuse qui donne lieu alors à des thrombus veineux pouvant atteindre les veines de la duremère, à la pleurésie et à la pericardite purulente, à la méningite, à des arthrites.

Enfin, les complications peuvent résulter d'une inflammation intercurrente : diarrhée verte, broncho-pneumonie, muguet.

La guérison est malheureusement peu fréquente et de plus elle ne survient jamais sans qu'il y ait suppuration. Tantôt cette suppuration est péri-ombilicale, tantôt il se forme un peu partout même dans les parties qui n'ont pas été envahies par l'érysipèle de nombreux petits abcès. Quelquefois la suppuration péri-ombilicale survient très vite et l'on a ce que

Fualdès a décrit sous le nom de phlegmon péri-ombilical. Les suppurations prolongées contribuent à affaiblir encore l'organisme du petit malade et peuvent entraîner la mort 15 ou 20 jours après le début de l'érysipèle et même plus tard encore ; la cachexie devient alors extrême.

Le diagnostic de l'érysipèle des nouveau-nés est des plus faciles au moins à la période d'état. L'eczéma rubrum se distingue par l'absence de fièvre, le bon état général, le développement de petites vésicules sur les parties tuméfiées.

Dans l'érythème simple la coloration de la peau est plus vive, il n'y a pas d'empâtement ; l'affection siège le plus souvent sur les fesses, le scrotum, la vulve ; la douleur locale est moins vive à la pression.

Le sclérème au début se différencie par la résistance différente des tissus qui sont durs et dans lesquels le doigt peut faire un godet en s'y enfonçant; par l'hypothermie ; par l'absence de coloration rouge de la peau.

Le diagnostic de la lymphangite du cordon est difficile dans les premières heures et il est permis alors de croire à un début d'érysipèle. C'est la marche de l'affection qui viendra éclairer le praticien.

On pensera naturellement aux complications : péritonite suppurée, inflammation de la veine ombilicale (cordon dur partant de la cicatrice au-dessus de l'ombilic).

Un certain nombre de particularités anatomiques qui distinguent l'érysipèle des nouveau-nés nous expliquent l'allure clinique de la maladie (Achalme). Les microbes n'étant pas détruits par les phagocytes se multiplient en grande quantité, passent dans les lymphatiques. traversent les ganglions et se déversent dans la circulation sanguine ; de là la production fréquente d'accidents viscéraux. L'absence de réaction est l'indice de l'affaiblissement profond de l'organisme ; au contraire, lorsque ce dernier est plus vigoureux, la suppuration se produit et la maladie peut guérir. Enfin, si la diapédèse est très marquée dès le début, l'érysipèle avorte pour ainsi dire et se transforme en phlegmon péri-ombilical. « Ainsi s'explique naturellement par la physiologie pathologique, la presque nécessité de la suppuration pour la guérison de l'érysipèle des nouveau-nés (Achalme). »

Le pronostic de la maladie est des plus sévère.

Trousseau la considérait comme presque fatale et, de son temps, tout enfant atteint d'érysipèle dans les 15 ou 20 premiers jours après la naissance succombaient toujours.

L'erysipèle peut se développer chez le très jeune enfant en dehors de l'état puerpéral ; il est alors moins grave et d'autant moins que l'époque de la naissance est plus éloignée (érysipèle inflammatoire de Yot). L'érysipèle se développe alors au niveau d'une piqûre vaccinale, de la plaie de la circoncision, d'une écorchure quelconque. Son siège anatomique est le même que dans l'érysipèle des adultes mais sa gravité est plus grande, étant donnée la moindre résistance de l'organisme à l'infection.

Le traitement prophylactique de l'érysipèle des nouveau-nés est très important. Inutile d'insister ici sur l'utilité de l'antisepsie obstétricale, des injections antiseptiques, etc. Les bains boriqués ou même les bains simples seront employés chez l'enfant et le pansement du cordon devra être fait avec le plus grand soin; après sa chute on lavera la plaie à l'eau bori-

quée et on la recouvrira de gaze salolée. A la moindre rougeur on emploiera les pulvérisations boriquées et le pansement humide boriqué.

Une fois l'érysipèle déclaré ce sont encore des pulvérisations locales d'acide borique et les compresses d'eau boriquée chaude (4 0/0) qui donnent les meilleurs résultats. On peut aussi panser avec une pommade composée de parties égales de vaseline et d'ichtyol ou de thiol, ou simplement avec de la poudre de salol recouverte d'une couche d'ouate hydrophile bien maintenue par une bande de flanelle. Les abcès doivent être traités chirurgicalement.

On relavera l'organisme par les moyens habituels : alcool, sulfate de quinine, etc.

La diarrhée infectieuse sera combattue par l'acide lactique (2 à 3 gr.) précédé de l'administration de quelques centigrammes de calomel.

— L'érysipèle de la mère peut-il se transmettre au fœtus ? Pour Achalme le fait n'est pas prouvé et les observations de Runge et Kaltenbach, dans lesquelles les auteurs basent leur diagnostic sur l'abondante desquamation épidermique du fœtus ne sont pas démonstratives. Achalme n'a pas trouvé le placenta intéressé et il fait remarquer que le streptocoque passant par la voie sanguine chez le fœtus produirait une septicémie et non un érysipèle ; il faudrait que la propagation se fasse par les vaisseaux lymphatiques du cordon comme dans l'observation de Lebedeff. Dans un cas de Toujon où un nouveau-né succomba à une lymphangite érysipélateuse, la maladie fut attribuée à l'infection de l'enfant par la mère atteinte de panaris anthracoïde.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DU CASTEL

—

Erythèmes polymorphes bulleux (1)

Sous le nom d'érythèmes polymorphes, on décrit des érythèmes dans lesquels la lésion ne se limite pas à une simple coloration congestive du derme mais dans lesquels il se produit un certain degré d'infiltration et de prolifération inflammatoires de celui-ci.

Le processus inflammatoire peut s'accompagner de la production de bulles pemphigoïdes et par ce côté les érythèmes exsudatifs polymorphes rentrent dans l'histoire des affections pemphigoïdes.

Une période fébrile, généralement de courte de durée, ne se prolongeant pas au delà de quelques heures, marque l'ouverture des accidents ; elle est caractérisée par de légers frissons, une élévation plus ou moins grande de la courbe thermique, des douleurs dans les membres, de l'anorexie, de la céphalalgie, état saburral de la langue, tous les phénomènes d'un embarras gastrique fébrile. Bientôt, dans des points symétriques du corps, presque toujours sur la face dorsale des mains et des pieds, aux poignets et aux avant-bras, aux cous-de-pied et aux jambes, sur les parties latérales du cou, l'éruption fait son apparition. Ce sont d'abord de petites

(1) Voir *Union médicale* du 2 août 1894.

ponctuations érythémateuses qui s'élargissent rapidement et arrivent à former des taches ayant les dimensions d'une pièce de vingt, de cinquante centimes. La coloration, d'un rouge vif au début, devient bleuâtre ; elle disparaît en partie sous la pression du doigt. La peau est légèrement surélevée au niveau de ces tâches. Par leur confluence, en venant au contact les unes des autres, les taches érythémateuses peuvent constituer de larges placards éruptifs. C'est sur ces surfaces qu'on voit l'épiderme être soulevé par un exsudat séreux, qui donne d'abord naissance à des bulles peu volumineuses : celles-ci, en se fusionnant, arriventà former des bulles plus considérables. Le liquide de telles bulles ne tarde généralement pas à se troubler et à devenir purulent ; quelquefois des hémorrhagies se font dans leur intérieur.

Ordinairement les bulles se rompent de bonne heure et font place à une surface rouge, congestionnée, suintante ; une croûte mince, jaunâtre ou brunâtre se forme ; après sa chûte, il reste une tache foncée, pigmentée, qui s'efface lentement sans laisser à sa suite de cicatrice.

Le processus œdémateux joue, comme le fait remarquer M. Besnier, un rôle considérable dans l'histoire des érythémes polymorphes ; il est à la base de toutes les manifestations cutanées ; quelquefois il acquiert des proportions considérables et donne naissance à de la bouffissure de la face, à l'œdème des bourses et des grandes lèvres, des mains et des pieds sans présenter aucune proportion avec l'abondance et la gravité de l'éruption. Au niveau de celle-ci, l'œdème se manifeste souvent par la dépression persistante de la peau sous la pression du goigt.

Le degré de développement de l'œdème ne permet, en tout cas, de tirer aucune conclusion au point de vue de la gravité de la maladie ; il n'y a entre l'un et l'autre aucun parallélisme.

La bulle, dans l'érythème polymorphe, peut n'occuper qu'une partie, soit les lèvres, les ongles, la langue, la voûte palatine, le voile du palais, le pharynx.

C'est avec l'hydroa que les lésions des muqueuses de la bouche se montrent le plus volontiers et dans les formes les mieux dessinées. Guinquaud a fait une étude très détaillée de cet hydroa buccal : il a décrit à l'accident quatre phases : la première est de courte durée, elle se prolonge à peine pendant quelques heures ; elle est caractérisée par la production d'une tache congestive érythémateuse,arrondie ou ovalaire, qui cède rapidement la place à un exsudat superficiel, c'est la seconde période érythématophlycténoïde. La lésion est alors constituée par un mince exsudat fibrineux, ou sérofibrineux par de véritables phlytènes.A la troisième période période d'exulcération, l'épithélium est détruit ; la lésion se présente sous forme deplaquesopalescentessimulant des plaquesmuqueuses très humides; il faut bien connaître la possibilité de cette apparence pour ne pas se laisser entraîner à des erreurs de diagnostic graves ; vous pourrez voir dans les vitrines du musée (pièce n°) la reproduction des lésions labiales observées chez un malade que j'ai présenté à la société de dermatologie (séance du 20 juillet 1893) et chez qui ces lésions avaient été prises dans une précédente poussée pour des plaques muqueuses. A la période de réparation ou quatrième période, les exsudats disparaissent, il ne persiste plus qu'une

tache congestive dont la réparation complète exige encore plusieurs semaines.

Les troubles fonctionnels, qu'entraîne l'éruption buccale, sont proportionnés à son importance et à sa localisation dans des points plus ou moins actifs de l'appareil buccopharyngien ; l'importance de la salivation, de la dysphagie varieront avec chacun de ces éléments; il pourra se produire un peu de fétidité ; mais tous ces accidents n'atteindront pas la gravité qu'ils présentent dans la stomatile ulcéromembraneuse, dont les lésions plus profondes se concentrent au voisinage du rebord gingival et de la ligne intermaxillaire.

La muqueuse nasale, les conjonctives peuvent aussi être atteintes.

On peut, au cours des érythèmes bulleux, rencontrer les diverses manifestations viscérales qui appartiennent aux érythèmes polymorphes, pharyngites, laryngites, tracheïtes, bronchites aux allures généralement bénignes, pleurésies, pneumonies légères ou graves, atteintes cardiaques, phlébite, albuminurie hématurie. Ces diverses manifestations sont bien probablement amenées par l'action sur les viscères de l'intoxication qui a présidé à la naissance de l'affection cutanée ; elles en sont des manifestations parallèles.

Les symptômes généraux, qui accompagnent l'éruption des érythèmes polymorphes bulleux, sont des plus variables ; ici nuls et insignifiants, ils revètent ailleurs les apparences les plus graves et peuvent aller jusqu'aux manifestations ataxiques et adynamiques : il est rare que l'affection ne soit accompagnée tout au moins des symptômes d'un embarras gastrique nettement dessiné. La fièvre peut se maintenir pendant un plus ou moins grand nombre de jours.

Les érythèmes polymorphes sont généralement considérés comme le résultat d'intoxications, dont l'origine peut être puisée à l'extérieur ou dans l'éruption érythémateuse ; elle apparait disséminée irrégulièrement sur les nappes érythémateuses ; étendues, c'est l'érythème bulleux commun de Besnier. Son évolution est ordinairement rapide.

Dans d'autres cas, la bulle prend la prédominance dans le processus éruptif ; et la nature érythémateuse de l'affection peut facilement échapper et le médecin est entraîné volontiers à donner le pas à l'élément bulleux sur l'élément érythémateux, pour définir l'affection en présence de laquelle il se trouve : il faut donc étudier avec soin l'existence ou l'absence de la zone érythéma-œdémateuse péribulleuse avant de fixer un diagnostic et savoir que cette zone peut être très peu accusée : mais dès qu'elle existe, quelque minime qu'elle puisse être, son importance reste considérable au point de vue de la classification nosologique.

Les bulles des érythèmes polymorphes sont, pendant toute leur durée, entourées de leur auréole inflammatoire. La tache érythématoire prébulleuse, le cercle inflammatoire, qui entoure la bulle à toutes les périodes de son évolution, constituent déjà une caractéristique spéciale qui distingue l'éruption de l'érythéme polymorphe inflammatoire, de celle du pemphigus vrai dans lequel la bulle n'est pas précédée d'une période érythémateuse, n'est pas cerclée d'une zone érythémateuse, mais repose sur une peau aux apparences normales.

Dans l'érythème polymorphe bulleux, on peut, en même temps que les

caractères, que la localisation particulière de la bulle que je viens de vous mentionner, constater la coïncidence avec les lésions bulleuses des lésions érythémateuses simples, soit de placards erythémateux avec légère infiltration, soit de ces placards dont le centre violacé ou revenu à la couleur normale est entouré d'un cercle rouge et légèrement saillant et qui sont désignés sous le nom d'érythème circiné ou annulaire, soit encore d'érythème marginé, d'érythème iris, d'érythème papuleux, d'érythème tuberculeux. En examinant l'éruption sur les différents points du corps, (car un tel érythème est le plus souvent généralisé) il est de règle que l'aspect de l'éruption varie avec les différents points du corps qu'on examine et qu'en même temps qu'une différence dans la forme de l'éruption, on constate une différence dans la coloration ; les points récemment envahis sont d'un rouge franc ; les points primitivement atteints, d'un rouge sombre et violacé.

Le système lymphatique lui-même, entre quelquefois en souffrance et on peut observer une infiltration phlegmoneuse du derme, des lymphangites, des adénites inflammatoires.

La symétrie presque parfaite des lésions éruptives constitue une des grandes caractéristiques des érythèmes polymorphes bulleux.

Les phénomènes douloureux, au début de l'affection, se présentent sous forme de myopathies, d'arthralgies, de nevralgies. Pendant l'éruption, ce sont les sensations les plus diverses de prurit, de brûlures, de picotements, d'élancements. Les arthopathies n'arrivent qu'exceptionnellement au type de rhumatisme articulaire vrai. Ce sont des pseudorhumatismes fébriles, infectieux.

Les muqueuses se prennent facilement au cours des érythèmes polymorphes bulleux ; la muqueuse buccale, la partie cutanée ou muqueuse des lèvres y est prédisposée à cause des produits anormaux, des toxines formées au sein même de l'économie : dans leur production interviennent les intoxications médicamenteuses, alimentaires, minérales, animales ou végétales ; les maladies générales, la goutte, le rhumatisme, la glycosurie ; l'albuminunie avec l'acétonémie, l'urémie, la cholérine, etc ; mais à côté de ces faits à étiologie connue, il faut reconnaître l'existence d'un certain nombre de cas d'origine probable- ment analogue, dont la cause exacte nous échappe. La maladie a été observée à l'état épidémique ; elle a pu être regardée comme contagieuse. Nous ne saurions encore préciser la nature des toxines, des microbes qui donnent naissance à l'intoxication cause de l'éruption. M. Besnier admet qu'il est souvent difficile de décider si un érythème bulleux est de nature toxique ou réflexe : qui pourrait, en effet, expliquer d'une façon certaine comment agit, par exemple, pour provoquer son apparition, l'ingestion de moules, une affection uréthrale ?

La gravité de l'érithème polymorphe varie avec la nature, l'intensité et la durée d'action des causes qui lui ont donné naissance. Ici maladie de courte durée et rapidement suivie d'une guérison définitive, il réapparaîtra chez d'autres malades en des poussées successives, plus ou moins rapprochées ; chez d'autres enfin, il pourra entraîner la mort dans un délai plus ou moins long.

M. Besnier a insisté avec juste raison sur le rôle considérable que la prédisposition individuelle, constitutionnelle ou acquise, constante ou acciden-

telle, exerce sur la production et la gravité des érythèmes polymorphes. Pour l'éminent médecin de l'hôpital Saint-Louis la condition individuelle, bien mieux que la nature de l'irritant, continue à faire la maladie légère ou grave, bénigne ou maligne, il est certain que les différents individus réagissent de la façon la plus inégale en présence des différents poisons susceptibles de provoquer le développement des érythèmes bulleux : la preuve en est dans ces hydrargyries graves provoquées par l'administration de doses très faibles et très peu prolongées des préparations mercurielles.

Les Champignons comestibles et vénéneux

(*Suite et fin*) (1)

Les Agaricinées à spores brunes ou ocracées comprennent un certain nombre d'espèces comestibles et vénéneuses. Le premier genre, qui est parallèle aux *Lepiota* parmi les Agaricinées Leucosporées, est le *G. Pholiota*, caractérisé par la présence d'un anneau membraneux sur le pied. La plupart des espèces sont inoffensives ; cependant on donne quelquefois comme vénéneux le *P. dura* à chapeau blanc se crevassant en séchant, atteignant environ 5 à 9 centimètres. La chair est amère, ferme, blanche ; les lames d'abord blanches, puis brun grisâtre ; le pied blanc, soyeux, dur. Le *P. præcox* qui est comestible, en est très voisin ; il en diffère par sa chair molle, douce au goût, et ses lames couleur de rouille.

Le *G Cortinarius* renferme de très nombreuses espèces. Il est caractérisé par un voile filamenteux qui réunit les bords du chapeau au milieu du pied dans le jeune âge. On connaît très peu les qualités nutritives des espèces de ce genre, bien qu'elles soient répandues partout.

Le *G. Hebeloma* correspond aux Tricholomes ; on n'y voit ni valve ni anneau : les feuillets présentent une échancrure à leur point d'attache sur le pied.

Il faut se défier de l'*H. fastibilis*, à chapeau jaune paille, de 6 à 8 centimètres, enroulé sur les bords qui sont un peu velus. Le pied est blanc ou légèrement coloré, un peu plus épais à la base qu'au sommet. Les lames sont roussâtre. Mais on mange l'*H. longicandus*, à chapeau mamelonné visqueux, gris-jaunâtre ; à pied long, fibrilleux, farineux au sommet, blanc ou roux clair ; les lames, d'abord blanches, deviennent ensuite jaune roussâtre.

Le *G. Paxillus* est caractérisé par ses feuillets peu adhérents au chapeau ; d'un coup de pouce on peut en enlever un grand nombre. Le *Paxillus atrotomentosus* est au moins suspect ; il a le pied brun foncé, excentrique et très velu ; le chapeau est roux, d'abord convexe, puis en entonnoir, et peut atteindre 10 à 15 centimètres ; les lames sont rameuses de couleur roussâtre. Au contraire, le *P. involutus*, qui est comestible, a le pied central non velouté, de couleur jaune ocracé. Le chapeau est roux, strié au bord, d'abord convexe, puis en coupe.

Les Agaricinées à spores violettes contiennent un genre, le *G. Psalliota*, qui a une très grande importance au point de vue comestible. C'est à ce genre qu'appartient le Champignon de couche. On peut admettre que tous les *Psalliota* sont comestibles. Ils

(1) Voir *Union médicale* des 19 et 21 juillet.

sont caractérisés par des feuillets libres qui deviennent violets et noirs à l'état vieux et le pied porte un anneau. On admet cependant comme suspect le *P. flavescens*, dont la chair devient jaune vif quand on casse le chapeau, et qui a une odeur et un goût désagréables.

Il faut se défier, en général, des *Hypholoma*, champignons qui présentent dans leur jeune âge un voile filamenteux comme les Cortinaires.

L'*H. fasciculare*, à chapeau jaune clair, poussant en touffes au pied des arbres et à feuillets verdâtres, est redoutable.

Les *Stropharia*, à feuillets soudés sur le pied et portant un anneau, sont aussi à rejeter.

Parmi les Agaricinées à spores noires, il n'y a guère que quelques Coprins de grande taille qui soient comestibles. Les *Coprinus* sont des Champignons fragiles, à feuillets déliquescents quand ils vieillissent. Le meilleur de tous est le *Coprinus comatus* ; il a un anneau situé vers le milieu du pied, qui est blanc et renflé à la base ; le chapeau est allongé et blanc, puis rose au bord, enfin noir ; il est couvert de grosses écailles.

Telles sont les principales espèces de champignons comestibles comparées aux espèces vénéneuses. En résumé, il faut la plus grande prudence dans le choix des espèces, et les caractères botaniques seuls, accompagnés de l'expérience, peuvent juger en dernier ressort de la valeur des espèces.

L. G. DE LAMARLIÈRE,
Docteur ès sciences.

HYGIÈNE

—

Assainissement de Paris. — Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté relatif à l'assainissement de Paris.

Voici les articles de cet arrêté, qui intéresse spécialement l'hygiène publique :

Article premier. — Dans toute maison à construire il devra y avoir un cabinet d'aisances par appartement, par logement ou par série de trois chambres louées séparément. Ce cabinet devra toujours être placé soit dans l'appartement ou logement, soit à proximité du logement ou des chambres desservies, et, dans ce cas, fermer à clef.

Dans les magasins, hôtels, théâtres, usines, ateliers, bureaux, écoles et établissements analogues, le nombre des cabinets d'aisances sera déterminé par l'administration, dans la permission de construire, en prenant pour base le nombre de personnes appelées à faire usage de ces cabinets.

Dans les immeubles indiqués au paragraphe précédent, le propriétaire ou le principal locataire sera responsable de l'entretien en bon état de propreté des cabinets à usage commun.

Art. 2. — Tout cabinet d'aisances devra être muni de réservoirs ou d'appareils branchés sur la canalisation, permettant de fournir dans ce cabinet une quantité d'eau suffisante pour assurer le lavage complet des appareils d'évacuation et entraîner rapidement les matières jusqu'à l'égout public.

Art. 3. — L'eau ainsi livrée dans les cabinets d'aisances devra arriver dans les cuvettes de manière à former une chasse vigoureuse. Les systèmes d'appareils et leurs dispositions générales seront soumis au Conseil municipal avant que leur emploi par les propriétaires soit autorisé. Ils seront examinés et reçus par le service de l'Assainissement de Paris avant la mise en service.

Art. 4. — Toute cuvette de cabinets d'aisances sera munie d'un appareil formant fermeture hydraulique et permanente.

Néanmoins, l'administration pourra tolérer le maintien des installations, lorsque celles-ci le permettront, à la condition qu'il soit établi, à la base de chaque tuyau de chute, un réservoir de chasse automatique convenablement alimenté.

Art. 5. — Il sera placé une inflexion siphoïde formant fermeture hydraulique permanente à l'origine supérieure de chacun des tuyaux d'eau ménagère.

Art 6. — Les tuyaux de descente des eaux pluviales seront munis également d'obturateurs à fermeture hydraulique permanente interceptant toute communication avec l'atmosphère de l'égout.

Art. 7. — Les tuyaux devront être aérés d'une manière continue.

Art. 8. — Les descentes d'eaux pluviales et ménagères et les tuyaux de chute destinés aux matières de vidanges ne pourront avoir un diamètre inférieur à 8 centimètres ni supérieur à 16 centimètres.

Art. 9. — Les chutes des cabinets d'aisances avec leurs embranchements ne pourront être placés sous un angle supérieur à 45° avec la verticale.

A l'origine supérieure de chacune de ces chutes, il devra toujours être placé une inflexion siphoïde formant fermeture hydraulique permanente, sous réserve de tolérance prévue à l'article 4. Chaque tuyau de chute sera prolongé au dessus du toit jusqu'au faîtage et librement ouvert à sa partie supérieure.

Art. 10. — La projection de corps solides, débris de cuisine, de vaisselle, etc., dans les conduites d'eaux ménagères et pluviales, ainsi que dans les cuvettes des cabinets d'aisances est formellement interdite.

Art. 12. — L'évacuation des matières de vidange sera faite directement à l'égout public avec les eaux pluviales et ménagères dans les voies désignées par arrêtés préfectoraux après avis conforme du Conseil municipal, au moyen de canalisations parfaitement étanches, ventilées et prolongées dans le branchement particulier jusqu'à l'aplomb de l'égout public.

Art. 22. — Les fosses, caveaux, etc., rendus inutiles par suite de l'application de l'écoulement direct à l'égout, seront vidangés, désinfectés et comblés.

Art. 25. — Des fosses fixes nouvelles ne pourront être établies, à titre provisoire, que dans les cas à déterminer par l'administration et lorsque l'absence d'égout, les dispositions de l'égout public et de la canalisation d'eau, ou tout autre cause, ne permettront pas l'écoulement direct des matières de vidange à l'égout.

BIBLIOTHÈQUE

—

Traité pratique des maladies du système nerveux, par J. Grasset et G. Rauzier ; 4 édition ; 2 vol. in-8°. G. Masson, éditeur, Paris.

La troisième édition du *Traité des maladies nerveuses*, de Grasset, n'est pas d'une date bien lointaine ; aujourd'hui, cependant, elle paraît vieille, lorsque, la jugeant par contraste, on la compare à l'édition récente. Pour faire place aux découvertes nouvelles, aux opinions qui ont vu le jour dans ces dernières années, sur une foule de points du domaine neuropathologique, il a fallu doubler le volume de l'ouvrage, et le remanier singulièrement.

Un certain nombre de chapitres sont entièrement neufs : l'épilepsie jacksonnienne, la sclérose cérébrale et la porencéphalie, l'hydrocéphalie, la syringomyélie, la maladie

de Friedreich, les névrites, la thrombose des sinus, la maladie des tics la chorée chronique et l'athétose double. D'autres ont été profondément remaniés au point de devenir presque neufs : les amyotrophies, par exemple, les paralysies pseudo-bulbaires, la neurasthénie. Les aphasies, les localisations cérébrales, l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, la paralysie générale, la paralysie atrophique de l'enfance, l'angine de poitrine, le goitre exophtalmique, l'hystérie, l'hypnotisme, l'épilepsie sont parmi les chapitres où l'on remarque le plus d'additions importantes.

Le rôle actuellement attribué aux infections dans l'étiologie des maladies nerveuses a été mis en lumière à propos des méningites, de la paralysie atrophique de l'enfance, de la sclérose en plaques, des encéphalites, de la paralysie générale, des névrites, etc.

Si on lit sur la couverture de l'ouvrage : édition revue et augmentée, ce n'est pas là, comme on voit, une vaine et banale formule ; le livre a été revu, en vérité, avec grand soin, et augmenté dans des proportions qui témoignent d'un patient labeur d'information. M. Grasset s'est fait assister dans sa lourde tâche par M. Rauzier, son élève, maintenant professeur agrégé de la Faculté de Montpellier. Le collaborateur était heureusement choisi : outre sa compétence particulière dans le domaine de la pathologie nerveuse, il apportait naturellement à la continuation du travail commencé par son maître la conformité d'esprit et la similitude d'idées indispensables pour assurer l'unité de l'œuvre commune.

Ces auteurs nous ont donné, sur l'ensemble de la neuropathologie, l'ouvrage le plus considérable que nous connaissions, aussi bien à l'étranger qu'en France.

Nous appelons l'attention sur l'abondance et sur le choix judicieux des figures ; il en a 122 dans le texte, et 33 sur des planches hors texte. Un schéma ingénieux, ou une représentation fidèle de la nature, suivant les cas, valent souvent de longues descriptions, ou forment du moins l'indispensable complément des exposés didactiques.

L. HALLION.

COURRIER

L'affaire du docteur Lafitte est venue en Cassation. Son pourvoi a été rejeté.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Sabrazès, Bitot, Mongour.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés dans l'ordre impérial de l'Annam :

Au grade d'officier : MM. Ménier, médecin de 1re classe au 3e tonkinois ; de Schultelaère, médecin de 2e classe au bataillon étranger (Siam).

Au grade de chevalier : MM. Duville, médecin de 1re classe ; Aurégan, médecin de 2e classe au 1er tonkinois ; Mourron, médecin de 2e classe au 2e tonkinois ; Toulon, médecin de 2e classe au 2e tonkinois.

Dans l'ordre royal du Cambodge :

Au grade d'officier : MM. Fruitet, médecin-major de 1re classe au 1er tonkinois ; Bosc, médecin-major de 2e classe au 2e bataillon étranger.

— Le *Daily-News* apprend que Li-Hung-Chang vient de fonder une nouvelle école de médecine à Tien-Tsin, dans laquelle les étudiants chinois recevront l'enseignement de professeurs anglais et seront mis en état de remplir les fonctions de chirurgiens militaires. Une vingtaine de jeunes gens parlant anglais ont été amenés de Sanghaï pour

être inscrits sur les registres de cette faculté qui sera divisée en deux classes, une cadette et une aînée.

DERMOGRAPHIE FRANÇAISE. — Le récent volume que l'Office du travail vient de publier donne une étude intéressante des statistiques fournies par le dénombrement de 1891.

Au 12 avril 1891, il y avait en France 38,343,192 habitants au lieu de 28,218,903 en 1886. Eu égard aux régions du Centre et du Nord, cet accroissement se compense par une diminution dans l'Est, le Sud-Ouest et l'Ouest.

Il y a un changement dans le rapport de la population rurale avec celui de la population urbaine. En 1886 ; il y avait 13,766,508 urbains et 24,452,395 ruraux. En 1891 : on trouve 14,311,292 des premiers et 24,031,900 des seconds.

Les sexes sont représentés par les chiffres suivants : individus du sexe masculin : 18,932,354 ; individus du sexe féminin : 19,201,031 ; les femmes, en majorité en Normandie, en Bretagne, dans l'Ouest, le Centre et à Paris, sont en minorité dans les départements de l'Est, depuis les Ardennes jusqu'aux Alpes-Maritimes.

Ces statistiques fournissent quelques renseignements intéressants sur la natalité. Les départements où elle est élevée (Finistère, Hautes-Alpes), sont ceux où est la fécondité médiocre pendant les deux premières années du mariage. Ceux où la natalité générale est la plus faible, Eure, Jura, Vaucluse, Corse, présentent des enfants très peu de temps après le mariage ; mais c'est une fécondité passagère.

MANŒUVRES DU CORPS DE SANTÉ. — EVACUATION D'UN HOPITAL. — Le service de santé, nous l'avons déjà annoncé, doit exécuter en 1894 des exercices spéciaux auxquels prendront part les médecins de réserve et de l'armée territoriale. On sait que, pour le gouvernement de Paris, les manœuvres et conférences doivent avoir lieu, à Versailles et aux environs, du 8 au 12 octobre prochain.

C'est le général Thiou qui aura la surveillance générale des opérations. La direction technique des exercices sera confiée à M. Laederich, médecin principal de première classe et directeur du service de santé du 3e corps d'armée.

Les troupes figureront une division et seront sous les ordres du colonel Delane ; elles auront pour médecin divisionnaire le médecin principal Delorme, du Val-de-Grâce. Elles formeront une importance numérique de 1,500 hommes d'infanterie et de trois batteries d'artillerie à six pièces.

Voici, du reste, tel qu'il est arrêté aujourd'hui, le programme que l'on nous communique et que l'on se propose de suivre.

Lundi 8 et mardi 9 octobre, conférences à huit heures et demie et à deux heures.

Mercredi 10 octobre, manœuvres.

Jeudi 11 octobre, dans la matinée, fonctionnement de l'hôpital d'évacuation ; dans la soirée, formation d'un train sanitaire improvisé.

Vendredi 12 octobre, le matin, embarquement de l'ambulance divisionnaire ; le soir, à deux heures, critique des opérations par le médecin directeur technique.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale ressortissant du gouvernement de Paris seront admis, en tenue militaire, à suivre les conférences et les exercices pratiques de ces manœuvres.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. ROCHARD : Chronique de l'hygiène. — II. Revue critique chirurgicale. — III. Revue de thérapeutique. — IV. Revue de la presse en province. — V. Courrier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le serum antidiphtérique au congrès de Budapest. — Falsification des beurres et huiles — État sanitaire.

Le huitième Congrès d'hygiène et de démographie qui s'est tenu à Budapest du 2 au 8 septembre, a présenté un intérêt tout à fait exceptionnel. Ce n'est pas seulement par la présence des illustrations scientifiques qui s'y étaient donné rendez-vous, c'est surtout par l'importance des sujets qui y ont été traités.

Il en est un dans le nombre qui concerne plus particulièrement l'hygiène, qui soulève et semble même résoudre l'un des problèmes les plus ardus et les plus graves que la science contemporaine ait abordé.

Je veux parler de la communication de M. Roux sur le sérum antitoxique et la diphtérie. Je ne suivrai pas l'auteur dans la première partie de son remarquable travail. Les expériences sans nombre à l'aide des quelles il est parvenu avec l'aide de ses collaborateurs MM. Martin et Chaillou, à jeter un jour nouveau sur la question des toxines, des antitoxines et de leur relations, ces expériences dis-je, ne sont pas du ressort de l'hygiène, mais ce qui lui revient en propre, ce qui présente un intérêt tel que tous les journaux politiques ont entonné d'avance un chant de victoire, c'est la possibilité de prévenir la diphtérie et d'en arrêter les progrès, possibilité que M. Roux a présenté au Congrès comme une découverte déjà utilisée. Parmi les élèves de M. Pasteur, il n'en est pas de plus sincère, de moins suceptible d'un enthousiasme irréfléchi, il n'en est pas de plus compétent que M. Roux et cependant c'est à peine si l'on ose accepter comme définitifs des résultats aussi convenables que ceux qu'il annonce.

La dipthérie on le sait, s'est montrée jusqu'ici la plus rebelle des maladies infectieuses. C'est un fléau relativement moderne, car son apparition en Europe ne remonte qu'au seizième siècle. Elle y est entrée par l'Espagne a gagné le sud de l'Italie, la grande ville de la Méditerranée et pendant longtemps elle a bornè là son domaine. Elle n'a remonté vers le nord de l'Europe qu'au XVIIIe siècle ; elle s'y est installée de 1736 à 1755 et a traversé l'Atlantique pour envahir les Etats-Unis en 1771.

Depuis cette époque elle n'a pas cessé de gagner du terrain et les médecins qui pratiquent depuis un demi-siècle en France, ont tous pu constater ses progrès. Il y a soixante ans, elle était limitée au bassin de la Loire et presque inconnue en Bretagne. A Brest, ou je l'ai vue si meurtrière, elle n'a fait son apparition qu'en 1821. Aujourd'hui elle existe partout à l'état endémique dans les villes avec des exacerbations, et sévit dans les campagnes sous forme d'épidémies. Cette marche est nettement tracée dans les rapports que l'Académie de médecine reçoit tous les ans. A Paris l'aug-

mentation est graduelle, parallèle à celle des départements et l'annuaire statistique de la ville de Paris permet de suivre ce mouvement pas à pas. Le nombre des décès par diphtérie double tous les vingt ans, tandis que la population n'augmente que d'un cinquième. C'est à Paris la plus meurtrière des maladies infectieuses ; elle y fait plus de victimes que la fièvre typhoïde (1). A l'hôpital des Enfants malades la proportion des décès est de 62, 42 pour 100 cas, et il y a des épidémies ou le chiffre des morts s'élève à 75 pour 100 malades,

Les progrès de l'hygiène et de la thérapeutique ont été jusqu'ici radicalement impuissante contre les envahissements de ce fléau ; on comprend donc de quelle importance il serait de posséder un moyen d'en préserver les enfants et d'en arrêter la marche quand ils en sont atteints. C'est la ce que M. Roux croit avoir trouvé.

Il a procédé en suivant la méthode rigoureuse créée par M. Pasteur, auquel il faut toujours remonter en pareille matière. Avant lui, MM. Behring et Kissato avaient fait connaître sa propriété préservatrice du serum du sang des animaux immunisés contre le tétanos et la diphterie ; M. Carl Frænkel avait immunisé des cobayes contre la diphtérie en leur injectant de la toxine modifiée par le chauffage à 70 degrès. MM. Roux s'est empressé dès le début de sa communication de rappeler ces précédents avec la bonne foi qui le caractérise, puis il a rendu compte de ses propres expériences, qui en confirmant les faits reconnus par ses prédécesseurs lui ont permis d'en découvrir de nouveaux et l'ont conduit à un degré de certitude tel qu'il n'a pas hésité à agir sur l'espèce humaine.

C'est le 1er mars 1894 qu'il a commencé, avec ses deux collaborateurs, à traiter les diphtériques à l'hôpital des Enfants-Malades, où le pavillon de la diphtérie avait été mis à leur disposition. Je n'entrerai pas dans le détail des opérations délicates à l'aide desquels on se procure le sérum anti-diphtérique, parce que cela m'entraînerait trop loin et que je ne veux pénétrer que le moins possible sur le terrain de la bactériologie. C'est au cheval qu'ils se sont adressés pour les fournir, parce qu'il supporte mieux que les autres grands animaux, qu'il peut être soigné souvent sans mouvement, que son sang se coagule lentement en laissant le sérum se séparer complètement des globules.

L'activité de ce sérum est comprise entre 50,000 et 100,000, c'est-à-dire qu'uu animal (un cobaye, par exemple) qui en a reçu 1/50,000e de son poids supporte, 12 heures après, une dose de virus vivant ou de toxine capable de tuer en 30 heures, les cobayes témoins. Ceux qui n'en reçoivent que 1/100,000 ont une survie de 6 à 15 jours.

MM. Roux, Martin et Chaillou en donnaient systématiquement, à tous les entrants, 20 centimètres cubes en une seule piqûre sous la peau du flanc. Le liquide injecté forme sous la peau une ampoule qui se résorbe en moins de 10 minutes ; il n'y a d'autre douleur que celle de la pique. Dans l'immense majorité des cas, on n'observe aucune réaction locale. Si les précautions antiseptiques ont été négligées, il se produit une rougeur qui s'efface en 24 ou 48 heures. Trois fois seulement, il a fallu inciser de petits abcès.

(1) De 1859 à 1885 on a enregistré à Paris 25,883 décès par diphtérie et 23,687 par fièvre typhoïde.

Lorsque l'examen bactériologique établissait que le petit malade n'était pas diphtérique, et c'est ce qui arrive d'après les recherches de MM. Roux et Yersin, chez un quart des enfants qui entrent dans le pavillon de la diphtérie, on ne renouvelait pas l'injection et dans bien des cas, la marche de l'angine était avantageusement modifiée. Les petits malades pouvaient alors séjourner impunément dans les salles jusqu'à leur guérison au milieu des diphtériques vrais. C'était bien pour eux une inoculation préventive; je reviendrai plus tard sur cette question.

Lorsque la diphtérie était reconnue, on faisait une seconde injection de 20 ou de 10 centimètres cubes, 24 heures après la première, et cela suffisait en général pour conduire le malade à la guérison, mais lorsque la température et le pouls se maintenaient élevés, il fallait revenir à la charge et il est arrivé aux opérateurs d'en injecter jusqu'à 205 eentimètre cubes en trente jours, dans un cas véritablement exceptionnel.

Les résultats de cette méthode ont été les suivants: Du 1er février au 24 juillet 1894, le traitement par le sérum a été appliqué sur 448 enfants entrés au pavillon et il en est mort 109, soit 24,5 p. 100; mais ce sont là des chiffres bruts. Sur ces 448 enfants 20 ont succombé dès leur entrée à l'hôpital et 128 ont été reconnus non diphtériques. Il ne reste donc, par le fait, que 300 malades qui doivent entrer en ligne de compte et il en est mort 78 soit 26 p. 100. Or, pendant les quatre années précédentes, il était entré, dans ce même hôpital, 3,971 enfants atteints de diphtérie et il en était mort 2,029, soit 51, 51 p. 100. Ce chiffre est tout comme le premier et c'est à lui qu'il faut le comparer. Il est permis de conclure de ce rapprochement, que la mortalité est moitié moindre lorsqu'on a recours aux injections de sérum antidiphtérique. Les accidents consécutifs et notamment les paralysies sont également moins fréquentes.

On ne peut pas objecter à M. Roux qu'il a eu affaire à une épidémie particulièrement bénigne, car pendant qu'il se livrait à ses expériences à l'hôpital des Enfants, la diphtérie était remarquablement meurtrière à l'hôpital Trousseau. Sur 520 diphtériques traités par les moyens ordinaires, il en était mort 316.

Il est impossible de contester l'importance de pareils résultats. M. Roux et ses collaborateurs ont été guidés dans leurs recherches par des principes scientifiques bien démontrés. La vaccination antidiphtérique n'est, en effet, qu'un cas particulier de la loi générale posée par M. Pasteur. Ses élèves ont procédé avec la rigueur et la sûreté de mains à laquelle il les a habitués. Les expériences ont duré assez longtemps et ont porté sur un assez grand nombre de cas pour être probantes. Tout fait donc espérer que rien ne viendra démentir les espérances que cette révélation fait concevoir.

J'ai déjà montré que dans un quart des cas, c'est un traitement préventif de la diphtérie. Si, comme tout le fait espérer, la méthode se perfectionne et se vulgarise lorsque son efficacité aura été bien prouvée, rien n'empêchera, ce me semble, dans les épidémies graves, dans certaines conditions particulières de recourir à l'inoculation préventive. Lorsqu'un cas menaçant de diphtérie se produira dans une famille nombreuse, que tous les enfants seront sous le coup de la contagion et que l'isolement sera impossible comme cela arrive si souvent dans la classe pauvre, pourquoi ne serait-il pas permis de con-

férer l'immunité à ces petits êtres au prix d'une injection qui n'a jamais déterminé d'accidents ?

— La falsification des denrées alimentaires est la plus commune et la plus coupable de toutes ; l'hygiène doit s'en occuper avec d'autant plus de vigilance que la fraude est plus difficile à découvrir et que les tribunaux montrent pour elle une plus regrettable indulgence.

L'attention s'est portée dans ces derniers temps, sur la falsification des beurres et des huiles. Les premiers sont, pour la plupart, infectés de margarine. Dans tous les grands centres de consommation, il est extrêmement difficile de s'en procurer de purs et tout récemment le ministre de l'agriculture a reçu des plaintes d'Angleterre au sujet des beurres exportés dans ce pays, par les producteurs français, comme beurres purs et qui contenaient une quantité notable de margarine. Il adresse à cette occasion, une circulaire aux préfets pour les inviter à user des droits que leur confère la loi du 14 mars 1887 et le décret du 8 mai 1888, en faisant saisir, à l'improviste, dans les ports d'exportation, des échantillons sur les beurres destinés à sortir de France. J'avoue ne pas comprendre pourquoi on n'exercerait pas la même surveillance sur les produits destinés à être consommés chez nous.

L'art de falsifier les huiles a fait aussi de regrettables progrès. C'est aujourd'hui une véritable industrie. Autrefois on se bornait à mélanger à l'huile d'olive, de l'huile de colza, d'arachides, d'œillette, etc. C'était une fraude sur la qualité de la marchandise vendue ; mais aucun élément nuisible n'était dans le produit. Aujourd'hui on ne se borne pas à cet inoffensif mélange.

On a trouvé un moyen très ingénieux pour « retaper », (c'est le mot consacré), les vieilles huiles rances. On les agite avec de l'alcool qui dissout un acide gras infect, on remue ferme, puis on distille pour enlever l'alcool et l'huile délivrée de son nouveau gout est livrée aux consommateurs.

Lorsqu'elle résiste à l'alcool on la purge en y mélangeant 5 0/0 de magnésie, on la brassant pendant longtemps, puis en filtrant sur l'amiante. Si la magnésie échoue, on a recours à l'aluminate de soude, au caséate d'ammoniaque, et on fait passer à travers ce mélange un courant de vapeur surchauffée.

A la suite de ce traitement elle est noire comme du jus de réglisse, mais on lui rend sa couleur primitive avec le noir animal la soude caustique, l'ammoniaque, le bioxyde de magnésium ou l'eau oxygénée.

Dans d'autres fabriques, on mélange 25 litres d'huile d'olive, et 75 litres d'huile de coton ; on y ajoute 5 kilogr. de margarine, on chauffe et on fait digérer le tout sur de la pulpe d'olives.

Depuis quelque temps, on a pris l'habitude d'employer la vaseline de pétrole pour donner du *moelleux* à l'huile d'olive ; on lui en incorpore environ 10 p. 100. La vaseline n'est sans doute pas un poison ; ce n'est qu'une falsification rebutante; mais on ne peut pas en dire autant des produits qu'on emploie couramment aujourd'hui pour rendre les huiles incorruptibles. On emploie pour cela l'*asaprol*, *l'acide sulfophénique*, le *formol* ou le *formaldéhyde*.

Ces produits sont encore trop mal connus pour qu'on puisse apprécier

exactement leur degré de nocivité; mais ce qu'on sait fort bien c'est qu'ils ne peuvent pas être inoffensifs.

M. Villon qui s'est occupé avec beaucoup d'ardeur de la sophistication des huiles, est d'avis que le seul remède aux tromperies consisterait à créer à Marseille qui est le grand marché de ces produits, une *condition des huiles* analogue à celles des soies et des laines.

Les producteurs y feraient examiner leurs huiles, et, avec le certificat, joint au scellé de la condition, on se trouverait à l'abri des sophistications et des fraudes.

Je n'ai pas parlé, depuis un mois, de l'état sanitaire, parce qu'il ne s'est pas sensiblement modifié. Le choléra règne toujours en Asie Mineure et prend en Allemagne, une certaine extension. Plusieurs cas ont été signalés dans la banlieue de Dantzig et un matelot russe y est mort dans les premiers jours de septembre. Le fléau a fait son apparition dans la Prusse Orientale, sous forme de cas disséminés.

L'épidémie de peste de Hong-Kong est à Souderlin, elle a fait depuis son début, 8560 victimes. A Canton la maladie a cessé ses ravages, mais elle sévit encore dans la banlieue ; l'épidémie qui a débuté à Pakho au commencement d'avril, est terminée, elle a fait 750 victimes sur une population de 25,000 habitants.

En France, l'état sanitaire est tout à fait satisfaisant. A Paris, du 26 août au 1er septembre, il n'y a eu que 761 décès, au lieu de 911 moyenne du mois d'août. Le taux hebdomadaire de la mortalité n'était jamais tombé aussi bas, depuis que le bulletin de statistique municipale existe, c'est-à-dire depuis 1880.

Jules Rochard.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Nous n'avons pas encore parlé des questions chirurgicales traitées à la 62e session de l'*Association médicale britannique* qui a tenu ses assises à Bristol au commencement du mois d'août. Aussi bien, devons-nous le dire, les communications faites n'ont pas été du plus haut intérêt et seront rapidement passées en revue par nous

Sous le nom de *rétrécissement idiopathique de l'œsophage*, M. Kendal Franks (de Dublin) a cité l'observation d'une femme qui, en même temps que ce rétrécissement, portait une tumeur papillomateuse dans le larynx, tumeur dont le point d'implantation était difficile à fixer; comme on le voit, il s'agit là d'un fait complexe. Toujours est-il que l'œsophagomie fut pratiquée, permit d'inciser le rétrécissement et, malgré la suppuration la malade guérit fort bien grâce à l'emploi de sondes dilatatrices qui durent être passées ultérieurement. C'est là, comme on le voit, le récit d'une simple observation. Il en est de même de la suivante intitulée : *Désarticulation de l'épaule pour gangrène gazeuse*, elle est dû à M. R. Jones (de Liverpool). Il s'agissait d'un marin qui s'était fracturé l'avant-bras gauche. A la face interne du membre, le long de l'apophyse styloïde, on constatait l'existence d'une petite plaie pénétrant jusqu'au cubitus. Le lendemain de l'accident, le malade ressentait des douleurs violentes et profondes dans l'avant-bras. La main était pâle et tuméfiée, et la fièvre était de 39°2, transpiration abondante.

L'avant-bras tuméfié et le bras présentaenit des placards de coloration livide. Dans toutes les parties atteintes, on percevait au toucher une crépitation manifeste d'emphy-

sème. Cette gangrène progressant à vue d'œil et l'emphysème ainsi que l'œdème ayant même envahi les régions pectorale et scapulaire, on fut obligé de pratiquer la désarticulation de l'épaule. La plaie opératoire fut touchée dans toute son étendue avec de l'acide phénique pur liquifié et une petite quantité de cette substance fut introduite entre les muscles de la partie antérieure du thorax et de l'omoplate. La guérison progressa lentement, mais d'une façon continue.

M. Jones attribue cet heureux résultat aux applications d'acide phénique pur, topique dangereux à manier, à cause de sa facilité à déterminer la gangrène; ce succès est dû aussi au parti radical que l'opérateur a su prendre en désarticulant l'épaule.

Une discussion s'est engagée sur une question plus moderne *le traitement opératoire de l'ulcère perforant de l'estomac.* C'est M. Pearce Gould (de Londres) qui s'est d'abord occupé de cette question.

Ce chirurgien a remarqué que cette affection frappait fréquemment les femmes et principalement les domestiques, que la lésion occupait d'ordinaire la petite coubure plus rarement la grande courbure de l'estomac. Nous n'insisterons pas sur les signes cliniques énumérés par l'auteur et connus de tous, mais sur la marche de l'affection. Pour M. Gould, la perforation surviendrait dans 25 p. 100 des cas, et de préférence sur la paroi antérieure. Devant une proportion d'accidents, aussi considérable que faut-il faire ? Suivant Billroth, il faut pratiquer la laparotomie dès qu'on a un soupçon, exciser l'ulcère et pratiquer la suture de la perte de substance; mais la léthalité de cette intervention est considérable, et, de plus, comment reconnaître où se trouve la perforation ? Aussi M. Gould est-il abstentionniste et nous dit-il que, dans 85 p. 100 des cas, la guérison de l'ulcère peut être obtenue par une thérapeutique purement médicale. C'est elle qu'on devra d'abord mettre en œuvre ; mais, la plupart du temps, le chirurgien est appelé quand la perforation s'est faite et que la terrible péritonite qui la suit a éclaté. Ici, il n'y a pas à hésiter, il faut ouvrir l'abdomen, rechercher la perforation, la suturer et laver le péritoine.

Pour ce lavage, le chirurgien de Londres se sert d'une solution de chlorure de sodium ou d'eau bouillie et ajoute surtout de l'importance au traitement qui consiste à soutenir le malade en état de shock par des injections hypodermiques et même intraveineuses de sérum artificiel.

Plusieurs orateurs ont pris la parole à la suite de cette communication et ont traité principalement des points de détail. C'est ainsi que M. Maclaren insiste sur l'importance de la laparotomie latérale gauche qui permet d'arriver plus facilement sur l'estomac. Il ne saurait trop faire remarquer l'importance de la toilette du péritoine. Dans le traitement consécutif, l'alimentation par le rectum joue aussi un rôle considérable.

M. Rutherford Morison (de Newcastle-on Tyne) cite le cas d'une jeune fille de vingt-trois ans chez laquelle la perforation d'un ulcère de l'estomac était survenue après l'ingestion copieuse de pain et de lait. L'ulcère siégeait sur la paroi postérieure de l'estomac.

Il connaît aussi une observation d'ulcère situé à la région du cardia dans lequel le chirurgien avait d'abord facilement trouvé la lésion ; mais en se retournant pour prendre un fil à suture, il la perdit complètement de vue et il lui fut impossible de la retrouver. Voilà un fait dont nous pouvons faire notre profit et il sera facile, il nous semble, d'éviter pareil accident à l'aide d'une pince fixée sur la lésion.

M. G. Barling (de Birmingham) a eu l'occasion de soigner cinq malades atteints d'ulcères de l'estomac avec perforation. Un a guéri sur trois opérés. Un quatrième mourut sans qu'on fût intervenu. Le cinquième malade vomissait du pus et avait aussi des selles purulentes : il guérit sans opération. Pour combattre le shock, il conseille l'u-

sage de l'opium, bon médicament, il est vrai, mais bien souvent, hélas, trop insuffisant.

Enfin, M. Haslam (de Birmingham) fait observer qu'un élément important du succès opératoire dans le traitement de l'ulcère de l'estomac consiste à appliquer les sutures en dehors de l'épaississement inflammatoire, dans des tissus complètement sains. La chose nous parait logique.

Et M. Kendal Franks estime que le moment le plus favorable pour l'intervention se trouve entre cette période et celle du shock secondaire ou collapsus.

Ainsi que nous l'avons annoncé, il n'y a là qu'une discussion portant sur des faits bien souvent articulés dans toutes les sociétés savantes.

Laissons maintenant la parole à M. W. Thornburn sur le traitement des lésions traumatiques de la colonne vertébrale. On sait la compétence acquise par ce chirurgien dans cette importante question. Pour lui, les lésions traumatiques du rachis peuvent être classées en : luxations unilatérales, luxations bilatérales avec déplacements transverses, ou avec diastasis, fractures des corps vertébraux avec déplacement transverse persistant, fractures des corps des vertèbres avec diastasis, fractures des lames vertébrales et des apophyses épineuses, fractures compliquées et enfin lésions secondaires de la moelle (hémorrhagies, méningite, etc.). Les plus fréquentes parmi ces lésions appartiennent aux luxations ou aux fractures bilatérales du corps des vertèbres.

Quatre méthodes de traitement sont en présence : l'expectation, la réduction du déplacement, la laminectomie et l'immobilisation au moyen de bandelettes de diachylon ou d'autres appareils de fixation.

L'expectation réussit parfois, car il ne faut pas oublier que la vie du blessé peut être prolongée indéfiniment même dans les cas qui, à première vue, paraissent désespérés,

C'est ainsi que dans certains cas d'hématomyélie les troubles, très graves au début. s'amendent rapidement et ne laissent à leur suite qu'une petite lésion limitée.

La réduction des déplacements n'est praticable que dans les luxations sans diastasis et dans les fractures simples des corps des vertèbres également sans diastasis. Les luxations unilatérales offrent les meilleures conditions pour ce traitement. Ainsi, sur 41 cas de cette lésion dans lesquels la réduction a été pratiquée, 35 fois ce mode de traitement a été suivi d'un succès plus ou moins apparent.

La laminectomie ne peut, suivant Thornburn, donner aucun résultat dans les cas où il s'agit d'écrasement de la moelle, cas qui se terminent généralement par la mort. Cette opération trouve ses indications au contraire : lorsqu'il s'agit de l'extraction de corps étrangers ou d'esquilles dans les fractures compliquées de la colonne vertébrale ; dans les fractures des lames vertébrales et des apophyses épineuses avec lésions de la moelle, lorsque l'écrasement de la substance médullaire n'est, suivant toute évidence, qu'incomplet; lorsque les troubles sont dus à un épanchement sanguin dans les méninges spinales ou autour d'elles (mais ces cas sont extrêmement rares) ; dans la pachyméningite ou la péripachyméningite spinale ; enfin dans les cas de compression de la queue de cheval.

A ce propos, M. G. Barling fait remarquer que la laminectomie peut être utile dans les fractures directes ; mais dans les fractures indirectes comme celles produites par la flexion forcée du rachis, ces lésions médullaires sont tellement importantes que toute trépanation des lames devient impuissante, et M. W. Barclay fait remarquer que les symptômes de compression doivent, là comme au crâne, guider le chirurgien même en l'absence de signes cliniques montrant un changement dans les rapports des différentes parties du rachis.

Il semble d'après cette discussion que la laminectomie soit plus entrée dans les mœurs chirurgicales anglaises que dans les nôtres.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

M. Cl. Ferreira a présenté à la Société de thérapeutique une étude complète du chlorhydrate de phénocolle.

Le chlorhydrate de phénocolle est le sel d'une base, l'amido-acéto-parafénétidine, laquelle est obtenue quand on soustrait des molécules d'eau au glycocolle (acide amido-acétique) et à la fénéditine. C'est une poudre blanche, finement cristallisée qui se dissout dans 16 parties d'eau froide ; la solution possède une saveur quelque peu salée et un arrière-goût légèrement amer ; la réaction est neutre.

Les expériences de Stabert et Mehring démontrent son innocuité relative à des doses même élevées ; les études de ces expérimentateurs ont également mis en évidence qu'à la dose de 1 gramme le phénocolle amène un abaissement thermique de 2°.

Essayé à la clinique de Gerhardt, il a procuré des résultats avantageux comme antifébrile, en entraînant une dépression remarquable de la température, non accompagnée de sueurs ni de frissons et sans le moindre trouble urinaire.

Dans le rhumatisme, son emploi a été suivi de soulagement des douleurs et d'abaissement de la température.

Kuchargewski, ayant essayé le nouvel agent chez différents malades tuberculeux et rhumatisants, obtint des avantages marqués, en même temps que la tolérance était parfaite. Il le regarda comme un antipyrétique d'action sûre à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Outre les effets antipyrétiques, Kuchargewski remarqua une action analgésiante accentuée, se montrant chez les rhumatisants et même chez les malades atteints de névralgie.

Certello et après lui Banetti se sont servis du phénocolle contre l'infection paludéenne et les résultats obtenus ont été vraiment encourageants. Sur 18 malades atteints de fièvres intermittentes soumis par Certello à l'emploi du phénocolle, 15 se sont promptement remis ; ce ne fut que chez 3 que le médicament resta sans résultats. Du reste, la maladie chez ces derniers s'est montrée rebelle aux sels de quinine.

La dose active du phénocolle, d'après Certello, est de 1 gramme et demi en deux ou trois prises toutes les deux heures avant le début de l'accès.

Cet auteur considère le phénocolle comme un excellent succédané des sels quiniques, offrant sur eux l'avantage de n'être pas amers et d'agir avec une rapidité qui permet de conjurer rapidement les accidents pernicieux.

Banetti soigna 42 paludéens à l'aide du nouveau médicament, et son opinion, appuyée sur les résultats obtenus dans ce nombre respectable de faits, est que cette substance constitue un antimalarique puissant, énergique succédané de la quinine ; il faut l'administrer à la dose de 2 grammes par jour dans les cas sérieux.

Cl. Ferreira a employé d'abord le chlorhydrate de phénocolle chez un phtisique fébricitant ; le médicament administré à la dose de 50 centigrammes par jour, pendant huit jours, fit disparaître la fièvre sans provoquer de sueurs profuses. Chez d'autres tuberculeux, chez des paludéens, les effets du phénocolle furent très nets et on peut admettre que ce corps est un bon antimalarique et un puissant antithermique exempt d'inconvénients appréciables.

— Le docteur Schmitt (de Nancy) a communiqué à la même Société un mémoire sur la thermodine. Ce corps, qui est l'éther éthylique de l'acide acétyléthoxyphénylcarbominique, a été introduit dans la thérapeutique en 1893 par von Mehring. La thermodine se présente sous la forme de cristaux aiguillés blancs ; en en déposant quelques cristaux

sur la langue, on perçoit, au bout de quelques secondes, une saveur amère assez persistante. La thermodine est fort peu soluble dans l'eau froide (1/2600), un peu plus dans l'eau chaude (1/450) ; elle est assez soluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, le sulfure de carbone, le xylol, très soluble dans le chloroforme. Elle est soluble dans l'acide lactique à la température du corps humain (30°). Cette propriété indique qu'il faut administrer la thermodine lorsque l'estomac est en pleine activité. Une dose de 3 grammes chez l'homme sain amène un insignifiant abaissement de la température la quatrième heure après l'ingestion. La thermodine s'élimine par les urines où à partir de la troisième heure et d'une façon plus constante, à la quatrième apparaît la réaction de l'indo-phénol caractéristique de l'amido ou de l'acétamidophénol.

M. Schmitt admet que la thermodine absorbée sans doute à la faveur de l'acide lactique de l'estomac se décompose peu à peu en amido-phénol qui s'élimine par les urines, une faible partie, quand la dose est très forte, pouvant être éliminée en nature.

MM. Schmitt et Bonneville ont fait prendre la thermodine en nature à 29 malades (fièvre typhoïde, influenza, tuberculose, rhumatisme articulaire, pneumonie). L'effet antithermique a été manifeste dès que la dose atteignait 40 centigrammes. L'action du médicament se fait sentir en moyenne une heure après l'administration.

La chute se fait lentement et le plus souvent la rémission se continue d'une façon régulière et constante jusqu'à la troisième ou la quatrième heure ; la température reste peu de temps à son minimum et la réascension se fait lentement. Avec 40 centigrammes, l'abaissement moyen est de 0°6 et demi (entre 0°4 et 1°1); avec 50 centigrammes la moyenne est de 0°9 un tiers ; avec 1 gramme de 1°4. La fièvre des tuberculeux est la plus fortement influencée, vient ensuite la fièvre typhoïde ; la fièvre pneumonique est celle qui cède le moins sous l'action du médicament.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

A la société des sciences médicales de Lyon, M. GANGOLPHE, a étudié les rapports de l'appendicite et du psoistis

L'appendicite est une cause assez fréquente de suppuration du psoas.

Tantôt le tableau clinique est assez net pour que l'on puisse considérer la psoïte comme consécutive à une appendicite, tantôt la psoïte seule attire l'attention. Ce n'est que, l'apparition de matières intestinales, mucosité, bile par matière fécale, que l'on reconnaît plus tard l'origine de la psoïte.

Cette psoïte d'origine appendiculaire peut offrir diverses variétés. L'abcès musculaire reste quelquefois limité à la région adjacente au cæcum à la partie intra-abdominale du psoas.

Mais il peut aussi s'accompagner d'une suppuration complète, d'une fonte totale du psoas. Au lieu de se contenter de l'incision classique de l'appendicite, il faut alors recourir aux incisions de la psoïte. En dehors de la trépanation du bassin, M. Gangolphe a préconisé l'incision crurale postérieure au niveau du petit trochanter. Grâce aux incisions abdominales, crurales antérieure et postérieure, on draine complètement la loge du psaas.

Le trajet des drains placés pour combattre la psoïte appendiculaire reste quelquefois longtemps fistuleux, par suite du passage de liquides intestinaux.

Hypertermie secondaire de la scarlatine sans complications

Par le Dr HACHE.

Les cas où l'évolution régulière de la scarlatine est interrompue par une élévation

thermique plus ou moins brusque ne sont pas très rares ; toutefois, il faut distinguer ceux dans lesquels l'hyperthermie est déterminée par une lésion inflammatoire locale (angine, pleurésie, otite, etc.) de ceux dans lesquels cette élévation de température ne relève d'aucune complication. Les premiers sont les plus nombreux et la recrudescence fébrile trouve une explication toute naturelle dans la lésion surajoutée à l'affection générale Les seconds sont moins communs et leur interprétation pathogénique est plus difficile et plus obscure.

Signalées en 1877 pour la première fois en Allemagne par Thomas, puis étudiées en 1887 par Gumprecht, ces fortes élévations thermiques, dans le courant de la scarlatine, n'avaient pas échappé aux médecins français. Rayer, en effet, en 1866, Lancereaux en 1880 et 1881 avaient noté des faits analogueset, plus récemment, Bouveret en a rapporté trois autres cas.

La lecture de ces diverses observations laisse l'impression qu'il ne s'agit pas là d'un accident dû à une cause univoque.

Dans les cas de Gumprecht, en effet, la température a oscillé entre 39° et 40° et la durée de cette élévation de température a duré de quelques jours à plusieurs semaines, sans s'accompagner de symptômes graves.

Dans les trois faits observés par Bouveret, les phénomènes ont revêtu un caractère de haute gravité, température à 41° et 42°, symptômes cérébraux intenses rappelant le rhumatisme cérébral hyperthermique.

Les malades, cependant, ont guéri en trois ou quatre jours, et, après cet épisode, la fièvre a repris sa marche décroissante régulière.

L'auteur attribue ces succès aux bains froids méthodiquement employés.

Dans les observations rapportées par Lancereaux, l'élévation de température paraît avoir été excessive, atteignant dans un cas 42° 5. Des quatre malades, trois sont morts et le quatrième a dû sont salut à la balnéation.

Le cas publié par M. E. Hache est intermédiaire comme gravité à ceux de Gumprecht et de Bouveret

La courbe thermique aussi est variable ; si parfois cette fièvre secondaire revêt un type contenu dans d'autres faits, elle a un caractère irrégulier, rémittent ou intermittent qui la fait ressembler à une fièvre pyémique (Gumprecht).

Cette variabilité dans les manifestations indique évidemment des différences dans la cause et dans son mode d'action, et l'on ne peut accepter sans restrictions l'hypothèse émise par Lancereaux et Bouveret que la fièvre secondaire de la scarlatine serait due à un trouble des centres thermo-régulateurs causé par un des produits solubles du microbe de la scarlatine. Il ne s'agit pas toujours d'une simple action dynamogénique, et dans certains cas les phénomènes fébriles secondaires sont sous la dépendance d'une auto-intoxication véritable déterminée par un foyer microbien local qui évolue parallèlement à l'affection principale. En effet, dans le cas de M. Hache, les accidents fébriles disparurent à la suite d'une débâcle diarrhéique pour laquelle on administra quelques grammes de salol.

COURRIER

—

Distinctions honorifiques. — A propos des fêtes franco-russes, le Dr d'Hyades, médecin en chef, et Segond, médecin principal de l'escadre de la Méditerranée, viennent de recevoir la croix de Saint-Stanislas de 2e classe.

— **Ont été nommés dans l'ordre impérial de l'Annam : *Au grade d'officier* : MM. Mé-**

nier, méd. de 1re classe au 3e tonkinois ; de Schultelaère, médecin de 2e cl. au bataillon étranger (Siam). — *Au grade de chevalier* : MM Deville, méd. de 1re cl.; Aurégan méd. de 2e cl., au 1er tonk.; Mourron, méd. de 2e cl. au 2e tonk.; Toulon, méd. de 2e cl. au 3e tonk.

Dans l'ordre royal du Cambodge : *Au grade d'officier* : MM. Fruitet, méd. maj. de 1re cl. au 1er tonk.; Bosc, méd. maj. de 2e cl. au 2e bat. étr.

— La crémation parait peu goûtée en France.

Depuis 1889, année de la création du four crématoire du Père-Lachaise, 810 personnes seulement ont été incinérées. Cependant, la proportion a été croissante — faiblement, il est vrai — d'année en année, comme il résulte des chiffres suivants : en 1889, 49 ; en 1890, 121 ; en 1891, 134 ; en 1892, 159 ; en 1893, 199 ; et en 1894, jusqu'au mois de juillet inclus, 148.

— De nombreuses pétitions sont encore adressées au Ministre de la justice en faveur du Dr Laffitte, récemment condamné comme on le sait par le tribunal de Versailles. Les dernières entre autres ont été envoyées par de notables habitants de Tunisie où le Dr Laffite a exercé, et par le Conseil générale des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine, représenté par son président le Dr Verchère.

Mort d'Helmhotz. — Le célèbre physiologiste allemand Helmholtz, vient de mourir. Il a succombé à une attaque d'apoplexie La valeur de ces travaux nous commande de retracer brièvement les traits saillants de son existence.

Hermann-Louis-Ferdinand Helmholtz est né, en 1821, à Potsdam. Il se consacra d'abord aux études physiologiques, à la pratique de la médecine, puis à l'enseignement. Médecin de l'hospice de la Charité à Berlin, médecin militaire à Potsdam, professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts de Berlin, professeur de physiologie aux Universités de Kœnigsberg, Bonn et Heidelberg, Helmholtz accepta, en 1871, la chaire de physique de l'Université de Berlin. Il ne la quitta qu'en 1888, pour se consacrer à la direction de l'Institut impérial physico-technique de Charlottenbourg.

Les connaissances également profondes de Helmholtz dans les deux sciences des phénomènes physiques et de la physiologie des organes sensoriels lui ont permis de faire de véritables découvertes, notamment en acoustique et en optique.

Les travaux de Helmholtz se sont portés surtout sur les conditions physiologiques des impressions des sens. Il étudia d'abord les effets de la lumière sur la rétine, et c'est à lui qu'on doit le petit miroir qui a renouvelé la science de l'oculistique. On lui doit un traité d'acoustique qui est un véritable chef-d'œuvre. Il publia d'intéressantes observations sur la conservation de la force qui ont conduit à d'importantes découvertes dans la science de l'électricité. Enfin, il résume dans sa *Théorie des impressions du son,* le fruit d'une longue série de recherches et de découvertes qui ont exercé leur influence sur toutes les sciences physiques. Helmholtz a publié aussi des observations sur la chaleur considérée comme moyen de mouvement et un grand nombre de mémoires scientifiques sur des sujets variés.

Les malades qui vont a Lourdes d'après M. Zola.—Sous ce titre le *Progrès Médical,* nous donne une série des plus curieuses :

Ce sont « des foies épuisés par la suppuration » (« épuisés » est modeste !), des «masques hagards et orangés (nous disons jaune paille) de cancéreux, » des « déjections (nous appelons ça des vomissements) noires, comme si on rendait de la suie, » des pestilences à faire tourner les cœurs, des « ulcérations lentes s'étalant sous les croûtes,

dévorant les muqueuses (un diagnostic, s. v. p.), » des sueurs (j'aurais dit : suintements de sang mêlées à du pus. » Dans « ces cases roulantes, » nous assure M. Zola, « les malades satisfont tous leurs besoins, parmi l'étourdissement des prières et des cantiques » Faut-il citer encore les « hanches dévorées d'un abcès froid (coxalgie) avec un commencement de nécrose des vertères (nous tenons à « carie »); les « squelettes liquéfiés (« ramollis » aurait été suffisant); les « membres d'insectes avortés » (hum !) ; les tumeurs pareilles à des œufs de poule, » les « poumons mangés de tubercules, » les ankyloses, les scrofules, les putréfactions des « têtes mangées par l'eczéma,» de «fronts couronnés de roséole, » de « nez et de bouches dont l'éléphantasis a fait des groins (lupus sans doute !), » de « vieilles femmes couvertes de lichens comme des arbres pourris à l'ombre. » Et cette dernière comparaison est peut-être la meilleure !

Les cahiers de visite des hôpitaux et les livres qu'on met à la disposition des malades convalescents seraient une source de contagion microbienne.

Il a déjà été signalé en Angleterre plusieurs cas de scarlatine et de diphtérie transmise par des livres provenant de cabinets de lecture.

M. Trouskoliavski a eu l'idée d'étudier bactériologiquement la question et il donne dans sa thèse de doctorat (Saint-Pétersbourg, 1894) le résultat de ses recherches.

L'analyse microbiologique de cahiers n'ayant pas servi ou de livres sortant de l'imprimerie lui a montré d'abord que ces cahiers ou ces livres ne renferment presque pas de microbes.

Mais, si on examine le papier des cahiers d'hôpitaux et celui des livres qui ont passé entre les mains des malades, on trouve en moyenne 43 bactéries par centimètre carré de papier.

La plupart sont des bactéries indifférentes, mais on y trouve aussi des bactéries pathogènes, comme le streptocoque, le bacille de la tuberculose.

Ces microbes, fixés au papier, sont loin d'être inoffensifs, car ils conservent longtemps leur virulence.

Ainsi M. Trouskoliavski a constaté que, mis sur du papier sec stérilisé, le bacille virgule conserve sa virulence pendant 5 à 14 jours ; le bacille typhique pendant 63 jours ; le bacille diphtérique pendant 38 jours ; le streptocoque pendant 98 jours.

Il n'est donc pas seulement malpropre, mais encore dangereux de tourner les pages d'un livre en mouillant son pouce avec sa salive.

Nécrologie. — MM. les docteurs Bertrand (de Châlon-sur-Saône), Casimir (d'Avignon), Cazaban (d'Artix) et Labouesse, médecin de la marine.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris· — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. H. RIEFFEL : Note sur un point de la ligature et de l'anatomie de l'artère tibiale antérieure. — II. DU CASTEL : Hôpital Saint-Louis. — III. Huitième Congrès international d'hygiène. — IV. Académie de médecine. — V. Traitement des verrues. — VI. Correspondance. — VII. Courrier.

Note sur un point de la ligature et de l'anatomie de l'artère tibiale antérieure

Par le docteur H. RIEFFEL

En pratiquant sur le cadavre la ligature de l'artère tibiale antérieure à sa partie supérieure, j'ai été quatre ou cinq fois frappé par une disposition anormale, sur laquelle je désire attirer rapidement l'attention. En mai dernier, au cours d'opérations que je répétais avec mon ami, le docteur Beurnier, chirurgien des hôpitaux, j'ai rencontré et j'ai montré à celui-ci un cas dans lequel cette disposition était particulièrement nette.

Voici en quoi elle consiste. Lorsqu'on veut lier la tibiale antérieure dans son tiers supérieur, en suivant le procédé recommandé par M. Farabeuf, et qu'on pénètre de bas en haut dans l'interstice qui sépare le jambier antérieur des muscles extenseurs des orteils, on aperçoit généralement, de la façon la plus manifeste, au fond de la plaie, l'artère accompagnée de ses deux veines et de son nerf satellite. Dans les cas auxquels je fais allusion, il n'en est pas ainsi. L'opérateur croit avoir fait fausse route, avoir passé par un mauvais interstice ou même au sein d'un muscle. Il n'en est rien. Nous sommes dans le bon chemin. Ce qui le prouve, c'est que le nerf est là, sous nos yeux, et que nous apercevons une série d'artérioles et de veinules émergeant perpendiculairement du fond de la plaie. Si les vaisseaux tibiaux antérieurs sont cachés, c'est qu'ils sont masqués par une toile cellulo-fibreuse. Cette toile est d'ordinaire très mince et se confond avec la gaine vasculaire. Mais, très, très exceptionnellement (ainsi dans le cas que j'ai vu avec M. Beurnier), elle devient assez épaisse pour qu'il soit possible de la confondre avec le ligament intérosseux. L'opérateur croit alors à une anomalie artérielle, mais à tort ; car il suffit, d'un coup de sonde, d'effondrer cette lamelle fibreuse au fond du bon interstice pour tomber sur les vaisseaux.

Une semblable disposition, considérée au point de vue de la médecine opératoire, est évidemment tout à fait exceptionnelle, puisque M. Farabeuf, dans son ouvrage qui fait autorité en France et à l'étranger, ne le signale pas. M. Marcellin Duval, dans son traité de l'hémostasie, n'en parle pas davantage. Aussi est-ce certainement l'effet du hasard si, avec ma jeune expérience, je l'ai rencontrée quatre fois pendant mon prosectorat.

Je pensais que ce détail anatomique n'avait pas été observé. Mais il y a peu de choses nouvelles sous le soleil et, en cherchant bien, j'ai trouvé que Hyrtl y fait allusion dans un mémoire relatif aux anomalies des artères de la jambe et du pied, qu'il a lu devant l'Académie des sciences de Vienne, à la séance du 8 mars 1854. Dans ce travail, il fait mention d'une gaine fibreuse constante, qui entoure les vaisseaux tibiaux dans la moitié supérieure de leur parcours. Il propose pour cette gaine le nom de canal fibreux des vaisseaux tibiaux antérieurs. Dans son anatomie topographique (édition de

1881)il ne parle pas de cette particularité. Luschka et Henle la citent d'après Hyrtl ; mais comme je le dirai plus loin, Heule semble commettre une erreur en écrivant que le canal règne sur toute l'étendue des vaisseaux et que, depuis leur extrémité supérieure jusqu'à l'articulation péronéo-tibiale inférieure, l'artère tibiale est fixée contre le ligament interosseux, sans qu'on puisse lui imprimer le moindre mouvement dans le sens latéral.

Lorsqu'on dissèque attentivement et, avouons-le, un peu artificiellement les vaisseaux tibiaux antérieures dans la moitié supérieure de leur trajet, le scalpel réussit à isoler devant eux une toile celluleuse, d'épaisseur insuffisante pour les dérober au regard. Cette toile est peut-être constante, comme le veut Hyrtl, mais je ne puis point l'affirmer. C'est certainement elle qui est susceptible, dans des cas très rares (indépendants de l'âge, du sexe et de la musculature des sujets), de devenir fibreuse, aponévrotique, et d'induire en erreur l'opérateur, qui veut lier l'artère dans le tiers supérieur de son parcours. Il y a là une disposition rappelant celle de l'aponévrose jambière postérieure et profonde au niveau du mollet, aponévrose qui, tantôt épaisse, tantôt mince, masque ou laisse voir d'emblée l'artère tibiale postérieure, dès qu'on a sectionné les dernières fibres du soléaire

Suivant Hyrtl, la gaine des vaisseaux tibiaux antérieurs est formée par un dédoublement de la membrane intérosseuse : celle-ci se subdivise en deux couches dont la plus mince passe en avant du faisceau vasculo-nerveux. Il est possible également que les faisceaux décrits par Arnold sous le nom de ligament malléolaire externe supérieur et déjà mentionnés par Cruveilhier (1) comme croisant à angle aigu les fibres de la membrane intérosseuse s'épaississent d'une façon anormale. Mais je ne crois pas qu'on doive s'arrêter à de semblables interprétations, surtout à la seconde. A mon sens, il faut comprendre de la façon suivante la présence de la lamelle celluleuse en avant des vaisseaux tibiaux antérieurs. Qu'on n'oublie pas les dimensions de l'orifice du ligament intérosseux, bien trop grandes pour le seul passage de l'artère et de ses veines. Par cet orifice, la graisse du creux poplité communique directement avec celle de la face antéro-externe de la jambe, et des abcès, nés dans la première de ces régions, peuvent fuser dans la seconde. Le trou de la membrane intérosseuse livre enfin passage à des fibres de l'aponévrose du poplité. Ce muscle est, en effet, muni d'une gaine fibreuse d'enveloppe, et ce sont quelques faisceaux de cette gaine qui, dépassant le bord inférieur du corps charnu (bord placé exactement en regard de la marge supérieure de l'orifice du ligament interosseux), sont poussés en avant par la graisse, l'artère et ses deux veines et viennent s'appliquer contre la face antérieure des vaisseaux. Ce prolongement de la gaine d'enveloppe du muscle poplité vient intimement se fusionner avec le ligament interosseux, sauf sur le trajet du faisceau vasculaire; c'est lui qui constitue le voile celluleux, exceptionnellement fibreux, que j'ai mentionné plus haut.

Ce qui vient encore à l'appui de mon opinion, c'est la situation occupée par le nerf tibial antérieur. Affectant avec l'artère une disposition analogue à celle de l'artère cubitale et du nerf cubital, atteignant la face antérieure de la jambe après avoir perforé le long péronier latéral, on comprend qu'il soit placé en avant de la toile celluleuse, très mobile dans le sens latéral et

(1) V. dans son édition de 1834.

toujours visible au fond de l'interstice du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils.

Ces faisceaux, prolongement, à mon avis de la gaine, du muscle poplité, s'épuisent et ne sont plus visibles à la partie moyenne de la jambe. Aussi le canal de Hyrtl n'existe-t-il pas sur toute la longueur de celle ci, contrairement à l'affirmation de Henle. Une expérience bien simple le démontre. Poussez du suif dans l'artère fémorale, vous verrez l'artère tibiale antérieure rester toujours rectiligne dans la moitié supérieure de son trajet, décrire, au contraire, dans sa moitié inférieure des flexuosités d'autant plus accusées que l'injection sera plus pénétrante. C'est que le vaisseau, dans la première partie de son trajet est fixé et ne peut se déplacer de dedans en dehors; dans la seconde, il retrouve sa mobilité, quand il n'est plus contenu dans le canal fibreux, quand, réduit à sa seule gaine conjonctive, il quitte le ligament interosseux pour gagner la face interne du tibia.

Un mot pour terminer. J'ai écrit jusqu'à présent, avee tous nos auteurs, anciens et récents, que l'artère franchit le large orifice dont est percée l'extrémité supérieure de la membrane interosseuse. Ce n'est point exact, pour la raison bien simple qu'il n'y a pas d'orifice. En effet la membrane ne commence qu'au-dessous de l'artère ; au-dessus d'elle, il n'y a que le périoste des deux os de la jambe et les bords inférieurs des ligaments de l'articulation péronéotibiale supérieure. J'ajoute enfin un rapport qui ne figure pas dans nos anatomies topographiques. C'est celui que l'artère tibiale antérieure affecte avec le col du péroné. Marcellin Duval seul écrit qu'elle « traverse la partie supérieure du ligament interosseux, à 6 centim. au-dessous du côté externe de l'articulation fémoro tibiale, près du côté interne du péroné et par conséquent près du bord externe du ligament. » En effet l'artère est placée contre la face interne du col du péroné, dont la face externe affecte la connexion bien connue avec le sciatique poplité externe. La majeure partie de l'orifice, comprise entre le tibia et l'artère, est remplie par la graisse. Ce rapport de la tibiale antérieure a quelque intérêt pour l'extraction de la tête du péroné. Si on ne la blesse pas plus souvent, c'est qu'elle n'adhère nullement au piosle et aux bords de l'orifice ; elle est parfaitement mobile. Mais cette mobilité a un inconvénient ; elle explique la rétraction profonde de l'artère, complètement divisée contre le ligament interosseux, l'épanchement sanguin se faisant non à la face antérieure, mais à la face postérieure du membre, enfin la difficulté de l'hémostase : particularités bien connues autrefois, dans l'amputation haute de la jambe par la méthode circulaire.

Hôpital Saint-Louis. — M. Du CASTEL

Impetigo herpétiforme

Kaposi base sa description sur treize cas observés chez des femmes, dont la majorité étaient parvenues aux derniers mois de la grossesse et sur un cas observé chez un jeune homme de vingt ans, atteint de marasme ; presque tous ces cas auraient été mortels. Pataki a aussi publié un cas d'impetigo herpétiforme survenu chez un jeune garçon.

L'éruption est constituée par des groupes de pustules petites, du volume d'une tête d'épingle ; le contenu des pustules est opaque dès le début, plus tard jaune verdâtre : la dimension des groupes varie de celle d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes ; ces groupes reposent sur

une base rouge et tuméfiée. Les régions primitivement envahies sont les aines, l'ombilic, les seins, les aisselles ; de là, l'extension peut se faire à un certain nombre de points du corps. En 24 ou 48 heures, les pustules se dessèchent et font place à une croûte d'un brun sale : pendant ce temps, de nouvelles pustules se forment à la limite des premières et les groupes acquièrent ainsi des dimensions plus grandes, par la production d'éruptions excentriques successives. De grandes étendues de la peau peuvent, par suite de ce processus, se trouver envahies et des groupes, éloignés à leur naissance, arrivent à se toucher et à se fondre.

A la chute des croûtes, la peau est rouge et revêtue d'une couche mince d'épiderme, ou suintante et lisse, ou couverte de papilles dénudées ; jamais elle n'est ulcérée profondément. En trois ou quatre mois, la surface du corps presque entière est envahie ; la peau est tuméfiée, couverte par points de croûtes ; par points, transformée en une surface fendillée, excoriée, entourée encore de cercles de pustules.

Dans un cas, chez un jeune garçon, il y eut accompagnement d'érythème lisse et ortié ; deux fois, l'éruption herpétiforme fit place à un pemphigus mortel ; une fois, à un pemphigus hémorrhagique.

Les muqueuses de la langue, du palais, du voile du palais, de la partie postérieure du palais peuvent présenter des plaques grises déprimées au centre ; la muqueuse de l'œsophage elle-même peut être atteinte, comme le fait a été constaté à l'autopsie.

Un certain degré d'élévation thermique accompagne l'éruption ; des frissons fébriles marquent souvent le début de chaque poussée nouvelle ; la sécheresse de la langue, des vomissements, le délire font partie des accidents possibles.

La terminaison est presque toujours fatalement mortelle, au cours de la première attaque ; la guérison, exceptionnelle ; la mort a pu ne survenir qu'à la suite de la reproduction de l'affection au cours d'une deuxième, d'une troisième grossesse. L'accouchement n'a pas toujours suffi à prévenir la terminaison fatale.

Le professeur Kaposi est tenté de voir dans cette affection une dermatose par action réflexe des nerfs, en rapport habituellement avec un trouble de l'appareil utérin, comme le montre la grande fréquence chez la femme ; l'affection serait voisine du pemphigus hystérique, du pemphigus gestationis : Kaposi ne paraît pas attacher une importance autre à deux faits observés, l'un chez une femme atteinte de péritonite puerpérale, l'autre chez un jeune homme atteint de péritonite tuberculeuse : cependant le professeur viennois admet que l'idée d'une maladie infectieuse ne doit pas être entièrement rejetée. Nous ne saurions admettre le rapprochement de l'impetigo herpétiforme et de l'herpès gestationis ; la tendance suppurative du premier, l'infiltration inflammatoire du dernier au-dessous du pustule, l'évolution excentrique des lésions différencient absolument le premier du second.

Un certain nombre d'observations permettent aujourd'hui d'affirmer qu'il n'est pas exceptionnel que l'affection se produise en dehors de l'état de grossesse, voire même chez l'homme ; nous ne sommes donc pas en présence d'une affection purement puerpérale comme on aurait pu être tenté de le

croire au début. L'affection paraît se rattacher à un groupe et non pas constituer une unité fermée.

Besnier, Hallopeau ont publié sous le nom de dermatite pustuleuse circinée et excentrique, de dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique des faits présentant les plus grandes analogies avec l'impétigo herpétiforme et n'ayant aucune relation avec l'état gravidique.

L'impétigo herpétiforme paraît être une manifestation cutanée susceptible de survenir au cours de différentes maladies du groupe des affections septicémiques. Jusqu'ici, cependant, il a été impossible de trouver dans les pustules un parasite spécial, rien que les microbes ordinaires de la suppuration : cependant, la nature infectueuse paraît se dessiner de plus en plus.

Hydroa puerorum

Dans la première enfance, on peut observer une affection analogue à celles que nous venons de décrire, c'est l'hydroa puerorum, l'hydroa héréditaire (Unna), la dermatose herpétiforme récidivante infantile de Vidal.

La prédominance des éruptions bulleuses est ici plus accusée que dans les formes que nous venons de décrire, le polymorphisme est moins accentué. Ces caractères font confondre facilement l'affection avec le pemphigus, particulièrement avec le pemphigus héréditaire.

Le début de l'hydroa puerorum peut se faire dans la première enfance ; Brocq a rapporté l'observation d'un enfant chez qui la première manifestation avait eu lieu à l'âge de cinq mois ; son frère aurait été atteint dès les premiers jours de sa naissance. Voici, d'après Unna, quels sont les caractères de l'hydroa héréditaire, puerorum (Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, 1889, p. 185) :

1° Début dans les premières années de la vie ;

2° Rechutes continuelles pendant l'enfance ;

3° Maximum des attaques pendant la saison chaude ;

4° Polymorphie peu accentuée de l'exanthème qui est composé presque uniquement d'érythème papuleux, de vésicules, ou de bulles non pustuleuses ;

5° Prédominance des douleurs sur le prurit ;

6° Acuité des accès ;

7° Dépression constante de l'état général, même avant l'apparition de l'exanthème ;

8° Affaiblissement lent, spontané des accès, eu égard à l'étendue, à l'intensité, à la durée et au nombre, vers l'époque de la puberté ;

9° Disparition de la maladie ou sa réduction extrême à l'âge adulte ;

10° Probablement prédilection pour le sexe masculin.

Nous sommes, vous le voyez, ici en présence d'une affection curable par les progrès de l'âge, ayant ses saisons de prédilection (saisons chaudes, été), pouvant débuter dès la première enfance et même pendant la vie intrautérine (obs. de Vidal) atteignant avec une prédilection marquée le sexe masculin (Vidal).

Le diagnostic avec le pemphigus syphilitique est généralement facile : celui-ci se caractérise par sa localisation toute spéciale à la paume des mains et à la plante des pieds, son évolution plus rapide, sa moindre ten-

dance aux récidives, la coexistence fréquente d'autres lésions syphilitiques, son début généralement plus hâtif.

La confusion avec la dermatose bulleuse congénitale, pemphigus succes-sif à kystes épidermiques sera facilement évitée si on se rappelle ce fait que dans l'hydroa puerorum les ongles sont respectés, indemnes, tandis que, dans la dermatose bulleuse congénitale, ils sont atrophiés, rudimentaires, ou au contraire, épaissis, cornés, déformés, présentant les lésions de l'onychogryphose; après la rupture des bulles, la peau est c iblée de kystes miliaires à contenu caséeux et sébacé.

Le traitement des affections bulleuses comprend le traitement local de l'éruption, le traitement général de la maladie.

Il y aura, dans quelques cas, avantage à ouvrir la bulle pour prévenir sa rupture et son ulcération. L'ouverture devra être faite avec une aiguille aseptisée pour éviter toute infection secondaire; le contenu de la bulle s'écoulera facilement puisqu'il est en général séreux et fluide et que la cavité est uniloculaire, la surface malade sera lavée avec une solution légèrement antiseptiqne, l'eau boriquée par exemple : le pansement sera terminé par l'application d'une poudre inerte ou légèrement astringente. Dans d'autres cas, il sera préférable de panser les bulles comme on le ferait d'une brûlure avec le liniment oléo-calcaire ou par l'enveloppement ouaté. L'occlusion est le pansement de beaucoup supérieur chez nombre de malades.

Les croûtes seront soumises aux pansements gras, aux pommades anodines. Les ulcérations se trouveront bien de l'emploi des emplâtres ou des poudres de salol, d'aristol, dont l'application devra ê re précédée d'une lotion antiseptique.

Quelques malades semblent se trouver mieux du pansement le moins irritant possible, glycérolé d'amidon, axonge fraîchement préparée.

Les démangeaisons, les phénomènes douloureux, seront calmés par les lotions chloralées, phéniquées, cocaïnées, vinaigrées, etc.; l'enveloppement amènera quelquefois un soulagement rapide et considérable. Les pommades calmantes pourront aussi être employées chez les malades qui supportent bien les corps gras.

Les bains, les bains prolongés surtout, peuvent procurer une grande sédation, ils ont l'inconvénient de faciliter la déchirure de l'épiderme en en amenant le ramollissement.

Le traitement général poursuivra la modification de quelques phénomènes prédominants, douleurs vives, embarras gastrique, anorexie, diarrhée, hyperthermie, agitation, insomnie, délire, prostration, cachexie Quelques médications ont été recommandées comme susceptibles de modifier la marche générale de la maladie, l'arsenic à haute dose, la strychine, les tisanes acides dans le pemphigus vrai, la quinine, l'ergotine, la digitale, les alcalins et les purgatifs dans l'érythème polymorphe; les mêmes médicaments, la valériane, les toniques, le soufre, le régime lacté dans la dermatite herpétiforme. L'iodure de potassium vivement proné par quelques auteurs, s'est montré nuisible dans un certain nombre de cas, il ne peut guère être employé avec sécurité que dans les névrites consécutives à des aumatismes. Les affections bulleuses d'origine nerveuse demanderont

l'emploi des antispasmodiques ; contre le pemphigus syphilitique des nouveau-nés, on utilisera la liqueur de van Swieten à l'intérieur, les frictions mercurielles et, si besoin est, les injections hypodermiques.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE

L'immunité et la réceptivité vis-à-vis du choléra ont été étudiées par M. METCHNIKOFF dans une communication des plus intéressantes.

Comment expliquer que le choléra est endémique en certaines localités, tandis que d'autres restent indemnes malgré l'importation fréquente des germes ? A Versailles, l'eau est très mauvaise, en 1893 elle renfermait une grande quantité de bacilles cholériques, ce bacille donnait le choléra et cependant les Versaillais n'ont pas eu d'épidémie. D'autre part, il n'est pas rare de trouver le bacille dans les déjections de personnes saines.

On s'est demandé si l'immunité ne tenait pas à une vaccination des habitants par les vibrions répandus pour ainsi dire en permanence dans les eaux, et d'une virulence variable. Cette immunité peut se vérifier par l'examen du pouvoir préventif du sang contre la péritonite cholérique des cobayes. Ce pouvoir n'existe pas dans le sang de personnes habitant une localité indemne.

La vaccination ne peut pas se faire non plus par la voie intestinale et il est impossible d'admettre, avec Klemperer, que l'immunité dépend de la nucleine des cellules endothéliales, les propriétés de ces noyaux ne pouvant être différentes à Paris et à Versailles.

Il est cependant bien prouvé par des injections expérimentales de bacilles cholériques que des bacilles très virulents peuvent ne rien produire tandis que les bacilles peu virulents ne rendent pas parfois les expérimentateurs très malades.

M. Metchnikoff s'est demandé s'il ne fallait pas chercher l'explication de tous ces faits dans l'étude de la flore microbienne de l'intestin et il peut affirmer maintenant que les microorganismes qui entourent le bacille de Koche ont la plus grande influence sur la croissance de ce dernier et même sur sa form. Bien qu'il existe des microbes favorables dans l'estomac, on doit admettre que l'immunité cholérique résulte de l'influence de la flore du canal intestinal. Il est possible de donner le choléra à de jeunes lapins alaités par leur mère, par ce que chez ces animaux la flore de l'intestin est encore très pauvre.

La sarcine de l'estomac humain et un bacille produisant un acide lactique droit, isolé chez un hypopeptique, ingérés en même temps que le vibrion de Massaouh, favorisent l'action de ce dernier qui devient mortel pour les lapins sans qu'il soit nécessaire d'observer du huc gastrique.

L'animal est pris de diarrhée, présente de l'hypothermie, de la cyanose et dans l'intestin on trouve des lésions qui existent dans le choléra humain.

Chez l'homme on rencontre heureusement rarement l'association dans l'estomac de ces deux agents.

Les immunités locales, le peu d'expansion de certaines épidémies ne peuvent s'expliquer par l'état de la flore microbienne chez les individus exposés à respirer le bacille de Koch. La présence de ce bacille en dehors de toute épidémie ne provoque pas le choléra lorsque la flore microbienne des habitants est défavorable.

Voici les conclusions de M. Mechnikoff :

1. L'immunité locale, ce fait solidement établi dans l'épidémiologie du choléra, ne peut être expliquée par des conditions particulières, empêchant la vie du vibrion spéci-

fique. Ce microbe peut se trouver en dehors de l'épidémie cholérique et dans des endroits parfaitement indemnes.

2. Il n'est pas possible d'admettre que l'immunité locale tienne à l'état de vaccination inconsciente et permanente des habitants.

3. Le sang des habitants des localités indemnes ne se distingue par aucune propriété particulière préventive vis-à-vis de l'infection cholérique.

4. L'ingestion de cultures cholériques ne protège pas sûrement contre l'effet pathogène du vibrion de Koch.

5. Le vibrion cholérique développé sur des milieux nutritifs avec d'autres microbes subit une grande influence de la part de ces derniers.

6. L'immunité des animaux contre le choléra intestinal est en grande partie due à l'influence empêchante de la flore du canal digestif sur le vibrion cholérique.

7. Tant que les jeunes lapins ne se nourrissent que de lait de leur mère, ils manifestent une grande sensibilité pour le vibrion cholérique. Il se développe chez eux un choléra intestinal, analogue à celui de l'homme. Ce choléra est facilité par l'action de certains microbes.

8. Les jeunes cobayes sont moins sensibles à l'ingestion du vibrion cholérique que les jeunes lapins. Aussi le choléra intestinal des jeunes cobayes est beaucoup moins typique que celui des jeunes lapins.

9. La vaccination des jeunes lapins par les cultures stérilisées ou vivantes du vibrion cholérique ne les protège pas contre le choléra intestinal.

10. La protection des jeunes lapins contre le choléra intestinal par le sérum des animaux vaccinés contre la péritonite cholérique est quelquefois efficace. Mais cette action est trop inconstante pour qu'on puisse se fier à elle. Le sérum du cheval normal ne peut pas être sûrement utilisé pour protéger les jeunes lapins contre le choléra intestinal.

11. Les tentatives pour empêcher le choléra à l'aide des microbes ont démontré qu'il existe des bactéries, dont la présence dans les voies digestives gêne l'action pathogène des vibrions. Ces expériences non achevées, n'ont pas abouti jusqu'à présent à un résultat définitif.

12. Dans l'immunité et la réceptivité de l'homme et des animaux vis-à-vis du choléra intestinal, la flore microbienne du canal digestif joue un rôle important. S'appuyant sur ce fait, on peut facilement concilier la vérité fondamentale que le vibrion de Koch est l'agent spécifique du choléra, avec les données de l'épidémiologie, notamment avec l'influence des lieux et du temps sur la marche des épidémies cholériques.

M. Gruber regarde comme impossible à l'heure actuelle la différenciation certaine du bacille virgule cholérique d'avec les microorganismes les plus voisins. Koch a préconisé, comme moyen diagnostic, l'inoculation intra-péritonéale du cobaye ; un milligramme 1/2 de culture de bacille de Koch tuerait un cobaye de 300 à 350 gr. ce que ne pourrait faire les microorganismes différents. Gruber ne partage pas l'opinion de Koch, et pour lui un grand nombre de microorganismes peuvent produire, en injection intra-péritonéale, les mêmes symptômes que la bacille cholérique. Même dans les milieux morts de nombreux microorganismes produisent des poisons identiques à ceux fabriqués par ce bacille. On ne peut dire encore si dans tous les cas de choléra il s'agit de la même espèce de bacilles.

M. Da Silva Martini rappelle l'épidémie de phénomènes gastro-intestinaux qui vient de sévir à Lisbonne ; les malades avaient des vomissements, de la diarrhée, de la faiblesse du pouls, de l'hypothermie, de la cyanose, de la diarrhée rhiziforme mais le pro-

nostic était très bénin. D'après M. Chantemesse, la maladie était causée par une variété dégénérée du coma bacille.

M. Fracy Clemone insiste sur la fré quence du transport du choléra par l'eau et sur la nécessité de déterminer à quelle distance ce transport peut se faire.

C'est aussi l'opinion de M. Pertik ; cet auteur a trouvé des corps sphériques ayant l'aspect de spores dans le sédiment de cultures anciennes de bacille virgule sur gélatine peptonisée. Ces cultures ne renferment plus de bacilles et le sédiment donne des cultures excellentes sur plaques de gélatine.

M. Kohorn montre que dans l'épidémie cholérique de Belgique en 1892-93, la maladie a été surtout véhiculée dans la direction des canaux et rivières par le batelage ; on a aussi constaté souvent le transport par individus ou objets contaminés. Une grande amélioration de l'hygiène explique le peu de gravité relative de l'épidémie en Belgique.

Pour M. Leduc (de Nantes), la courbe de la morbidité cholérique se superpose exactement à celle de l'eau tombée, et toutes les pluies, principalement celles survenant à la suite des jours de sécheresse, déterminent des poussées cholériques.

Dans les Indes, d'après M. Herbert le choléra se développe dans la saison des pluies lorsque l'eau séjourne sur un sol imperméable. Si, au contraire, les pluies tombent sur un terrain perméable la mortalité par choléra diminue pendant la saison pluvieuse.

(A suivre.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1894

Emploi des éponges en chirurgie. — Maladie de Thomsen. — La bicyclette.

Emploi des éponges en chirurgie. — M. le Dr Guermontprez (de Lille) lit un travail sur l'emploi des éponges en chirurgie.

Après avoir rappelé succinctement les avantages et les inconvénients de l'éponge au point de vue opératoire, l'auteur parle d'une série d'expériences qu'il a instituées pour rechercher les conditions nécessaires pour l'absortion des fragments d'éponge abandonnés dans les divers tissus de l'économie animale.

Le laps de temps nécessaire à l'absorption de petits fragments, chez des chiens et des lapins a varié de quinze jours à un mois. Une éponge de la grosseur d'un œuf a disparu au bout de cinq mois. L'éponge se modifie dans sa structure, elle perd son élasticité et devient terne, puis elle devient granuleuse et finit par disparaître entièrement. De tous les tissus, c'est le tissu cellulaire qui présente la faculté absorbante la plus considérable.

Le Dr Bernard Paulet a utilisé ces données pour tenter la greffe de petits fragments d'éponge sur des ulcères de la jambe.

Dans tous ces cas, l'éponge s'est comportée de la même façon : ces fragments se modifient dans leur structure, deviennent adhérents puis se résorbent, tandis que, parallèlement, la plaie change de nature et bourgeonne.

L'auteur cite ensuite deux observations personnelles de *plaies cavitaires étendues du tibia* traitées par la greffe avec des fragments d'éponge.

Dans ces deux cas, la lésion osseuse, fort étendue, était consécutive à l'élimination d'un séquestre.

Le premier cas est celui d'un garçon de dix ans, de bonne constitution : la plaie ensemencée de petits fragments d'éponge, se modifia rapidement, commença à bourgeonner et guérit, tandis que l'éponge disparaissait.

Le second cas se rapporte à un garçon de dix-neuf ans, scrofuleux avéré, présentant une énorme perte de substance osseuse, dont on ne pouvait espérer la consolidation par les moyens ordinaires. Il existait de plus une rétraction complète des muscles extenseurs du pied. Dans une moitié de la plaie on appliqua un gros fragment d'éponge et dans l'autre moitié on fit un semis de petits fragments. La plaie guérit et le tibia se consolida complètement, comme dans le cas précédent. De plus la moitié de la plaie ensemencée de petits fragments guérit plus vite que l'autre moitié.

L'auteur a également essayé l'éponge dans une plaie cavitaire consécutive à une *pleurésie purulente*, mais cette fois sans résultat aucun : l'éponge ne devint même pas adhérente.

De même, dans des plaies consécutives à des néoplasmes ulcérés, la greffe par l'éponge s'est montrée sans action. Au contraire, le Dr Lombard (de Solesmes) en a obtenu d'excellents résultats dans les plaies étendues, consécutives à une brûlure. Dans tous ces cas de guérison, la cicatrice obtenue présentait une résistance et une élasticité tout à fait remarquables. En résumé, l'éponge n'agit bien que dans les plaies bien désinfectées au préalable ; elle n'agit pas sur les plaies suppurantes, ou consécutives à des néoplasmes.

Maladie de Thomsen

M. Le Roy de Méricourt lit sur ce sujet un rapport à propos d'un travail de M. Van der Stok.

Voici les conclusions du rapporteur :

La maladie de Thomsen doit être considérée comme une affection congénitale des muscles qui possèdent une contractilité excessive sous l'influence d'excitations mécaniques, atmosphériques ou psychiques.

Les hommes sont plus atteints que les femmes L'affection rend inapte au service militaire. Elle doit entrer en ligne de compte dans l'examen médico-légal de l'état psychique d'un prévenu.

La bicyclette

M. Marey, tout en reconnaissant certains des avantages de la bicyclette, craint cependant qu'on arrive peu à peu à perdre, de par sa faute, les facultés nécessaires à un bon marcheur.

Au lieu de proscrire la bicyclette, on doit chercher à la rendre plus utile L'attitude courbée du bicycliste est déplorable à un double point de vue : d'une part, l'individu risque de rester courbé ; d'autre part, les muscles les plus puissants du corps sont conformés pour agir directement de haut en bas. On devrait donc modifier la construction des machines dans ce sens.

La discussion s'engage un instant entre MM. Verneuil, qui partage les opinions de M. Marey ; Gariel, qui est d'un avis contraire et croit que tous les muscles profitent de l'usage de la bicyclette ; Hallopeau, qui pense de même, etc... pour aboutir à la nomination d'une commission composée de ces trois académiciens.

La séance est levée.

Traitement des verrues

Traitement des verrues. — Lorsqu'on a affaire à des verrues discrètes, on peut les enlever avec la cuiller, mais on a une hémorragie assez abondante qu'on peut arrêter, soit par la compression avec un tampon d'ouate, soit au moyen d'une cautérisation de la surface saignante. Quand les verrues existent en grand nombre, le procédé de la cuiller n'est plus applicable, en particulier à cause des nombreuses cicatrices qu'en-

traînerait ce mode de procéder. Dans ces cas, le mieux est de provoquer le ratatinement des excroissances à l'aide de l'acide nitrique fumant. La teinture de thuya est également un topique très efficace contre les verrues. Dans le cas de condylomes, on peut saupoudrer les petites tumeurs avec de la résorcine ou de l'acide salicylique ; on peut aussi le recouvrir d'un emplâtre contenant ces substances dans la proportion de 10 à 20 pour 100. Lorsque la figure est parsemée d'un très grand nombre de ces petites verrues qui apparaissent souvent tout d'un coup, M. Kaposi les fait recouvrir d'un morceau de flanelle enduit d'une couche de savon noir qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. L'enduit qui reste adhérent à la peau se détache peu à peu avec les verrues. Un autre topique très efficace consiste en la mixture suivante :

Fleur de soufre..............	20 parties
Glycérine.....................	50 —
Acide acétique concentré pur.	10 —
M.	

On badigeonne les verrues avec un pinceau trempé dans cette pâte. On continue les badigeonnages pendant plusieurs jours sans enlever les premières couches, et peu à peu on voit les excroissances se dessécher et finalement se détacher. Contre les kératoses de la paume des mains et de la plante des pieds, les emplâtres à la résorcine et à l'acide salycilique se montrent également très efficaces. Enfin, s'agit-il d'un nævus molluscifor me, il vaut mieux employer l'électrolyse. On enfonce dans la tumeur l'aiguille reliée au pôle positif, et l'on fait passer un courant de 1 à 2 milliampères pendant environ 30 secondes. La même opération est répétée au bout de huit à quinze jours. Quand le nævus est très volumineux, il est préférable de recourir au galvanocautère. — Kapozi : (*Allgemein Wiener médic. Zeitung*, 1893, n° 9).

CORRESPONDANCE

—

Très honoré confrère,

L'histoire du chirurgien et de l'économe (*Union médicale*, 25 août 1894, p. 276) est fort amusante.

Voici son pendant, *que je vous garantis absolument authentique.*

Le 10 septembre, la directrice d'un hôpital où je suis accoucheur consultant me présente, au moment de faire une périnéorrhaphie, du catgut n° 4. Je lui fais observer que je l'ai priée de se procurer du n° 2 et 3. « Le marchand m'a dit que celui-ci ferait aussi bien l'affaire », répond elle.

Veuillez agréer, etc.

COURRIER

—

Concours. — La Société médicale de Charleroi a mis au concours, sur la proposition de M. le docteur Moreau, la question suivante : « Faire l'étude des inconvénients des annonces des médecins dans les journaux politiques, et ce au double point de vue de l'intérêt des malades et de la correction professionnelle. »

Le concours est national. Les travaux doivent être écrits en français.

Un prix de 100 francs sera attribué à l'auteur du mémoire couronné. La clôture du concours est fixée au 1er novembre. (*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

Manœuvres du service de santé. — Les exercices spéciaux du service de santé du gouvernement de Paris auront lieu, cette année, à Versailles et dans les environs de cette place, du 8 au 12 octobre inclus.

Les manœuvres se feront sous la haute direction de M. le général Thiou, commandant la 3e brigade d'artillerie, et sous la direction technique de M. le médecin principal de 1re classe Lœderich, directeur du service de santé du 3e corps d'armée.

Les opérations sur le terrain auront pour objet la représentation de l'échelonnement des divers éléments d'une division au combat. La division représentée comprendra de 1,200 à 1,500 hommes d'infanterie et un groupe de 3 batteries et de 6 pièces. Elle sera commandée par M. le colonel breveté Delane, du 5e régiment du génie, et aura pour médecin divisionnaire M. le médecin principal Delorme. Chacune des deux brigades sera commandée par un lieutenant-colonel ; les régiments auront pour chef des commandants et les bataillons des capitaines.

L'ennemi sera figuré, sous le commandement supérieur de M. le colonel de Quinemont, du 27e dragons, par un bataillon d'infanterie, une section d'artillerie et un peloton de cavalerie.

Les troupes et les cadres seront désignés dans la garnison de Versailles.

— Un millionnaire de Boston, M. Coates, qui est arrivé à l'âge de 83 ans, sans avoir jamais pris de médicaments, a eu la fantaisie de faire faire par les pharmaciens tous les remèdes qui lui ont été prescrits par les médecins et les a soigneusement conservés dans des armoires. Il a, ainsi, 1,900 bouteilles et flacons, 1,370 boîtes de poudre et 870 boîtes de pilules.

Mort pendant le coït (Luys : *Bulletin médical*, 1er *août* 1894). — La pièce anatomique qu'a recueillie M. Luys appartient à un jeune officier de 27 ans qui succomba comme foudroyé par le coït dans les bras de sa maîtresse, au sortir d'un déjeuner copieux après avoir accompli l'éjaculation. Sur cette pièce on voit un véritable piqueté vasculaire réparti par de petits îlots dans différents départements de la substance blanche, principalement au niveau du genou du corps calleux et au pourtour des fibres de la couronne rayonnante de Reil et de la capsule interne. Les vaisseaux capillaires paraissent gorgés de sang et ils donnent volontiers l'apparence de petites hémorrhagies. Mais ce n'est là qu'une simple extravasation. On retrouve les mêmes lésions dans les autres départements de l'encéphale. Dans le cervelet, la protubérance, la région bulbaire, la moelle cervicale, le même pointillé vasculaire se montrait avec les mêmes caractères. Il semble que le système vasculaire cérébro-spinal tout entier, dans ses extrémités terminales, était le siège d'une tension intense qui avait déterminé dans les régions périphériques ces extravasions hématiques occupant principalement la substance blanche et constituant ainsi les apparences de l'apoplexie capillaire multiple. Cet état anatomique spécial des centres nerveux ayant coïncidé avec une mort foudroyante pourrait peut-être devenir un signe pathognomonique utilisable au point de vue du diagnostic des causes de la mort dans le domaine de la médecine légale. Au point de vue de l'hygiène, ce fait démontre d'une façon péremptoire les dangers cérébraux auxquels l'homme, en particulier, s'expose quand il pratique le coït après le repas et surtout un repas copieux.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Bulletin. — II. De quelques nouveaux traitements de l'hydrocèle. — III. VIIIe Congrès international d'hygiène. — IV. Femme et bicyclette. — V. Feuilleton. — VI. Courrier.

BULLETIN

Il est peu de questions de l'enseignement médical qui aient donné lieu à autant de discussions que celle des *cliniques annexes de la Faculté de Paris.* On se rappelle que beaucoup de commissions se réunirent à ce sujet ; que beaucoup de rapports furent faits, tant à l'Ecole qu'à l'Assistance publique, et qu'enfin le stage fut décidé dans le service des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux qui voudraient bien accepter cette mission délicate peu rémunérée, mais certainement très utile.

Nous n'avons pas du reste l'intention de discuter les bons ou les mauvais côtés de cette création. C'était une chose assurée et on s'attendait d'un moment à l'autre à un commencement d'exécution. Beaucoup se demandaient pourquoi les élèves n'avaient pas encore été répartis dans les différents services, un décret ayant prévu les fonds nécessaires pour ce nouvel enseignement ; on donnait même le mois de novembre comme un terme ultime et pour tous l'année 1895 devait voir le stage définitivement établi dans les hôpitaux désignés.

Eh bien ! il n'en est rien. Non seulement les cliniques annexes de la Faculté de Paris ne fonctionneront pas l'année prochaine ; mais encore l'argent prévu pour elles va servir à ce bon enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et médicales. La somme allouée à la Faculté de Paris va passer en partie à la Faculté des sciences par un gentil petit virement de fonds.

On sait, en effet, que cet enseignement préparatoire a été décidé et qu'il va être institué pour la prochaine année scolaire ; mais ce que l'on sait moins, c'est qu'en Sorbonne il va falloir faire des dépenses pour assurer ce nouveau fonctionnement. On dit même que ces dépenses atteignent la somme de 300,000 francs pour le personnel et de 100,000 francs pour le

FEUILLETON

Un Livre et un Congrès

Les deux volumes que Max Nordau a écrits sous ce titre : « Dégénérescence » vous sont sans doute déjà connus, mon cher confrère, sinon dans le texte allemand, du moins par la très remarquable traduction qu'en a faite M. Aug. Dietrich et dans laquelle il a su revêtir la pensée de l'auteur des formes les plus précises et les plus nettes de notre langue, tout en respectant scrupuleusement la fidélité du texte.

C'est au point qu'en lisant cette traduction, on doute parfois si c'en est une et l'on se demande si l'auteur lui-même ne nous aurait pas fait la flatterie d'écrire son œuvre en français. L'illusion ne résiste point, il faut l'avouer, à la lecture des duretés dont nos compatriotes sont accablés dans ce livre.

matériel, et on ajoute qu'aucune ressource n'a été prévue sur le budget 1894 pour faire face aux premiers besoins.

Dans ces conditions, qu'a-t-on fait ? On a pris l'argent des cliniques annexes en donnant pour prétexte que l'administration de l'Assistance publique avait omis de convoquer la commission prévue par le décret du 20 novembre et destinée à répartir les élèves dans les différents services. Bien mauvaise raison, il nous semble ; mais n'insistons pas. Constatons seulement que la Faculté de médecine de Paris trime, voit le nombre de ses élèves augmenter de jour en jour, encaisse par conséquent des sommes plus fortes ; mais que cela ne lui sert de rien. Cet argent ne va pas servir, en effet, à améliorer son enseignement ; non ! il va rentrer dans le grand tout de l'Instruction publique et profiter à d'autres Facultés.

On vient de nous annoncer que la suppression de la maison municipale de santé avait été décidée par le Conseil municipal. Si la nouvelle est vraie, cela va produire un changement dans les habitudes hospitalières du milieu parisien. Où se fera opérer le petit bourgeois trop pauvre pour se faire soigner chez lui et assez à l'aise pour pouvoir éviter la salle commune ? Paris ne peut pas rester la seule ville où ces cas ne soient pas prévus. Mais nous nous proposons de revenir sur cette question s'il y a lieu.

De quelques nouveaux traitements de l'hydrocèle

—

Il n'est pas une affection qui guérisse d'une façon plus simple, par un traitement plus facile, et qui cependant ne donne lieu à plus d'innovations. Il n'y a pas à dire, ils sont nombreux les chirurgiens qui ne veulent pas de l'injection iodée et on a peine à comprendre cette antipathie pour une méthode aussi simple, qui réussit presque toujours, et on se demande pourquoi on cherche mieux, étant donné que, si on a affaire à une vaginale épaisse ou à une récidive, on a à sa disposition le procédé appelé par quelques uns *cure radicale*, qui consiste dans la résection de la séreuse.

Quoiqu'il en soit, il nous faut faire connaître à nos lecteurs les procédés nouveaux.

Ce n'est point qu'ils y soient seuls maltraités ; ils le sont seulement plus que les autres. Wagner et Nietzsche ne sont point épargnés par le rude contempteur de notre époque névrosée ; mais Zola est encore plus malmené, et Manet aussi, et Puvis de Chavannes, et même le Sâr Péladan qui n'avait mérité pourtant « ni cet excès d'honneur ni cette indignité ». Max Nordau a horreur du « fin de siècle » — je ne parle point du journal de ce nom — il a horreur et de cette expression bien inoffensive et du temps auquel elle s'applique et de la génération qui a mérité d'en être baptisée et qui peut-être, en effet, s'en vante un peu trop.

Vous devinez bien que les défauts et, pour être juste, les qualités qui caractérisent cette période ne lui paraissent nulle part plus odieux qu'en France, en cette pauvre France que le mal qu'on dit d'elle n'empêche pas de vivre gaiement et sainement. Aussi ne se gêne-t-il point pour affirmer et pour essayer de démontrer que chez nous il n'y a plus rien qu'hystérie et dégénérescence. Vous doutiez-vous, par exemple, que quelques-

Décrivons d'abord celui de Buschke.

Ce chirurgien, après désinfection du champ opératoire, ponctionne la poche au niveau de son pôle inférieur, avec un trocart de 7 à 8 millimètres, retire la pointe ; puis, quand le liquide s'est écoulé, lave l'excavation scrotale avec une solution phéniquée à 3 ou 5 p. 100. Le liquide évacué, il reponctionne la poche au niveau de son pôle supérieur ; puis, à travers la canule du trocart, il introduit un drain percé de plusieurs orifices, d'environ 7 millimètres de diamètre et le fixe en place à l'aide d'une épingle ordinaire.

On peut remplacer le drain par une mèche de gaze iodoformée, mais il faut éviter dans ce cas d'employer une bandelette de gaze un peu trop grosse. Elle peut former bouchon et empêcher l'écoulement des produits de sécrétion. C'est pourquoi Buschke insiste sur l'emploi exclusif du petit drain.

L'opération terminée, on applique un bandage aseptique et compressif. Il n'y a pas besoin du secours de l'anesthésie. Le malade peut aller et venir dès le premier jour. Du quatrième au sixième jour, on enlève le drain et on applique un nouveau pansement aseptique et compressif. Après trois ou quatre nouveaux jours, on enlève le pansement. La cicatrisation est faite d'habitude. Le malade peut reprendre ses occupations, muni d'un suspensoir.

Les résultats ont toujours été bons dans les 13 cas où Buschke a appliqué son procédé.

Neumann emploie, du reste, un procédé analogue et plus simple encore. Il consiste, tout simplement, à laisser dans la vaginale la canule du trocart qui a servi à la ponctionner et cela pendant un ou deux jours. Le malade n'a pas besoin de garder le lit ; les phénomènes irritatifs qu'on observe à la suite de l'emploi de ces procédés seraient beaucoup moins prononcés qu'à la suite des injections de teinture d'iode, etc. Les résultats obtenus jusqu'ici seraient des plus satisfaisants.

Décrivons maintenant le procédé d'Herbing, paru dans le *Centralb. fur Chirurg.* du 30 juin, sous le nom de *Nouveau procédé de traitement de l'hydrocèle.*

Herbing procède de la façon suivante. Après nettoyage antiseptique usuel du scrotum, il enfonce une forte aiguille armée d'un fil de soie au niveau de

---

uns des maîtres dont je citais les noms plus haut ne diffèrent, ni au point de vue intellectuel ni au point de vue somatique, des gredins qui « satisfont leurs instincts malsains avec le surin de l'assassin ou la cartouche du dynamiteur au lieu de les satisfaire avec la plume ou le pinceau » ? Vous n'aviez jamais songé que la grande peinture calme et noble de Puvis, large et sereine comme l'antique, et où il semble que se soit objectivée pour nos yeux la description des champs-élyséens de l'*Enéide* :

» Largior hic campos æther et lumine vestit
» Purpureo ; solemque suum, sua sidera norunt.
» Pars in gramineis exercent membra palostris,
» Contendunt ludo et fulva luctantur arenà ;
» Pars pedibus plaudunt choreas et carmina dicient. »

Vous n'aviez pas songé, dis je, qu'elle recélât tant de scéléralesse ou tant d'impuissance. Soyez donc détrompé ; cela et beaucoup d'autres belles choses encore ne sont

l'extrémité supérieure de la tumeur, ressort du niveau de son extrémité inférieure et noue les deux bouts du fil au devant de la peau du scrotum après avoir évacué l'épanchement avec un fin trocart enfoncé à l'endroit classique ou même avec une seringue de Pravaz. Comme pansement, une couche de collodion sur les trois piqûres et la moitié correspondante de scrotum. Le premier jour, il survient quelques phénomènes inflammatoires qui cèdent au repos. Du sixième au huitième jour, on enlève les fils et on refait un badigeonnage au collodion. La guérison serait complète au bout de quelques jours, et, dans les cas opérés de cette façon par Herbing, il n'est pas encore survenu de récidive.

Ce chirurgien aurait même guéri par son procédé un malade traité en vain par l'injection de teinture d'iode.

Comme on le voit, tous ces procédés se ressemblent : ils ont pour but de vider l'épanchement et de déterminer l'adhésion de la vaginale à l'aide d'un corps étranger qui, sous le couvert de l'antisepsie, ne détermine qu'une inflammation de peu d'intensité.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE (1)

Maladies infectieuses. — Quel est le microorganisme cause réelle de la dysenterie? M. Celli (de Rome) a recherché si ce sont des amibes que l'on ne peut guère reconnaître sûrement qu'à l'aide des cultures en gouttes pendantes. Les différentes amibes qu'a distinguées l'auteur (A. globosa, A. spinosa, A. diaphana, etc.) ont une phase cyclique pendant laquelle elles sont très résistantes, soit à la température, soit à la lumière solaire. Cependant, cette résistance est inférieure à celle que présentent les bactéries qui leur sont habituellement associées. Les amibes sont très répandues dans le sol où l'on rencontre surtout les variétés *globosa* et *spinosa*. Cette dernière se trouve dans l'intestin des individus sains aussi bien que dans celui des malades atteints de catharres intestinaux et de dysenterie. Dans cette dernière maladie l'*amaba diaphana* est la plus commune, mais M. Celli n'a trouvé des amibes que dans neuf cas de dysenterie sur 34. Toujours il a pu isoler le bacterium coli, mais il ne peut expliquer pourquoi ce microorganisme si commun acquiert une virulence spécifique.

M. Kartulis a étudié les différentes variétés d'hépatites aiguës que l'on peut rencon-

(1) Voir *Union Médicale* du 20 septembre.

que les fruits déjà gâtés d'un arbre dont la sève ne vivifie plus les rameaux, les dernières productions d'une race qui se liquéfie.

Ces appréciations, on s'en console aisément par la pensée qu'elles trahissent encore plus la haine que le dédain. Est-il possible d'en douter lorsqu'on se rappelle la brutale réponse que faisait, il y a trois ans, le grand Helmholtz à un de nos compatriotes. On fêtait le soixante-dixième anniversaire du célèbre professeur. De partout, les savants avaient tenu à honneur de venir saluer le maître. Quand celui qui parlait au nom des nôtres eut terminé son discours flatteur par une allusion aussi voilée que délicate à nos malheurs d'il y a vingt-cinq ans et à la sublimité de la science, trop haute pour ne pas savoir s'élever au-dessus des frontières, le vieux Prussien répartit avec rudesse : « La blessure de la France guérira à force de saigner. » Oui, il y a là plus de haine que de mépris. Mais fût-ce surtout, fût-ce uniquement du mépris, que nous pourrions nous en consoler encore, car, sur le terrain de la science, du moins, nous avons eu déjà nos re-

trer en Egypte. La plus fréquente est celle qui dépend de la dysenterie rattachée par l'auteur à la présence des amibes. L'hépatite peut encore être causée par la suralimentation et l'alcoolisme ; — le froid ; — l'échinocoque ; — l'ascaride lombricoïde ; des grégorines ; — la douve. M. Kartulis a insisté sur les différences qu'il y a entre la fièvre typhoïde bilieuse vraie et une infection aiguë avec ictère qui existe à Alexandrie ; dans cette infection l'hépatite est la règle, tandis que la typhoïde bilieuse est une fièvre récurrente avec ictère. Les excès alcooliques peuvent entraîner une sorte d'hépatalgie chronique avec tendance à la congestion. Le bilharzia hematobia produit souvent des troubles hépatiques imitant habituellement l'aspect de ceux de la cirrhose hypertrophique.

Un grand nombre d'observateurs ont, sur tous les points du globe, retrouvé les hématozoaires décrits par M. Laveran. Il y a un seul parasite polymorphe bien que, dans certaines formes cliniques, il y ait des formes parasitaires plus fréquentes ; c'est ainsi que les croissants se voient surtout dans les fièvres automnales régulières.

Il est probable que les croissants sont une forme enkystée de l'hématozoaire, analogue à celle qui s'observe dans l'évolution de l'hématozoaire des oiseaux ; on a cependant soutenu (Mannabez) que les croissants étaient produits par la conjugaison de deux petits corps amiboïdes, mais les recherches de M. Laveran contredisent cette assertion. Les flagella sont aussi une phase d'évolution et non un phénomène cadavérique comme on l'a dit. L'hématozoaire n'a jamais pu être cultivé dans les milieux artificiels et il n'est pas démontré qu'il existe dans l'eau et le sol des localités à endémie malarienne.

On sait que M. Treille n'admet pas le rôle pathogène de l'hématozoaire de Laveran ; jamais il n'a pu le voir dans les fièvres intermittentes.

M. Guandi (de Rome), tout en reconnaissant la grande valeur de la découverte de M. Laveran, croit, avec beaucoup d'auteurs italiens, qu'il y a plusieurs espèces de plasmodies et chaque type de fièvre aurait une plasmodie spéciale.

—

Diagnostic de la tuberculose bovine par la tuberculine. — M. Éd. Nocard a montré que la tuberculine, si négligée maintenant dans la thérapeutique de la tuberculose, avait une grande importance pour le diagnostic précoce de la maladie chez les bovidés. Dans certains pays, un grand nombre de ces animaux sont atteints. En Saxe, sur 100 bovidés abattus, la proportion des tuberculeux s'élevait, en 1893, à 18, 26 p. 100 ; en 1891 à Berlin, elle dépassait 12 p. 100. Dans les étables où la maladie existe depuis longtemps, il y a un grand nombre de bêtes atteintes et, fait remarquable, ce sont, non pas les jeunes, mais les adultes qui sont frappées.

L'hérédité ne jouerait donc qu'un rôle secondaire et tout fait négligeable dans les pro-

---

vanches et le livre de Nordau me paraît, en ce qui nous concerne, venir mal à son heure.

Eh ! quoi, c'est quand est parti de chez nous le plus grand mouvement scientifique qui ait jamais révolutionné non seulement la médecine mais la biologie tout entière : c'est quand une doctrine entièrement, absolument française a fait en si peu de temps le tour de l'univers savant à qui elle s'est imposée par la force de son éclatante vérité et les conséquences déjà incalculables de son application ; c'est quand nous possédons l'homme dont l'Histoire donnera sûrement le nom à ce siècle, en dépit de conquérants prestigieux ou de poètes sublimes, qu'on prétend nous accuser je ne sais de quelle frivolité, de quelle folie ou de quel gâtisme ! Laissons dire et continuons à éclairer le monde.

On peut n'être pas chauvin dans ce que ce terme a d'étroit et de puéril ; ne pas se sentir irrésistiblement entraîné à suivre au pas le régiment qui passe musique en tête,

grès incessants de la tuberculose bovine. La contagion est très fréquente, mais heureusement, ne se produit guère qu'à la suite d'une cohabitation intime et prolongée. Il suffirait donc, pour mettre fin à la maladie, de séparer les animaux sains des animaux malades.

Jusqu'à ces derniers temps, cette sélection, si simple en apparence, était pratiquement irréalisable. Des animaux porteurs de lésions graves et étendues peuvent conserver toutes les apparences de la santé, au point d'être primés dans les concours d'animaux gras.

Il n'en est plus de même aujourd'hui ; on possède dans la *tuberculine* un moyen précieux, d'une précision merveilleuse, de faire le diagnostic de la tuberculose des bovidés, même alors que la maladie ne s'est encore traduite que par des lésions tout à fait récentes et très limitées.

Injectée à faible dose sous la peau de l'animal suspect, elle reste sans action appréciable si cet animal n'est pas tuberculeux ; dans le cas contraire, elle provoque une réaction fébrile intense, permettant d'affirmer l'existence des lésions tuberculeuses, si peu graves, si peu étendues qu'elles soient.

Dans toute exploitation où l'on a constaté, où l'on redoute l'existence de la tuberculose, il faudrait soumettre tous les animaux à l'injection de la tuberculine ; tous ceux qui manifesteraient la réaction caractéristique seraient aussitôt séparés des animaux sains, dont l'étable serait désinfectée.

M. Dang ne pense pas que la tuberculine permette, dans tous les cas, un diagnostic exact; car l'injection est parfois suivie d'une réaction très marquée, sans que l'on trouve de lésions tuberculeuses à l'autopsie ; d'autres fois, il n'y a pas de réaction et cependant les lésions existent ; il est vrai que, dans ces cas, on a affaire soit à des anciens foyers à virulence douteuse, soit à des lésions très avancées dont la symptomatologie impose le diagnostic.

Pour M. Frohner, le nombre des résultats faux dus à la tuberculine peut être évalué à 15 p. 000 des cas.

Enfin, tandis que M. Nocard affirme que les injections de tuberculines ne sont pas dangereuses, M. Hess les accuse de donner souvent lieu à une tuberculose aiguë.

M. le professeur docteur Arloing, de Lyon : 1. On peut toujours rencontrer dans les lésions aiguës de la péripneumonie contagieuse du bœuf, à l'aide d'ensemencements nombreux ou abondants, un bacille dont les colonies dissolvent rapidement la gélatine.

Ce micro-organisme se rencontre aussi dans les ganglions lymphatiques médiastinaux, dans la lymphe qui s'échappe de ces derniers, voire même dans le sang et le lait des

---

ne ressentir qu'à fleur d'épiderme, comme une émotion plutôt élégante que profonde, le frisson que fait courir sous la peau, à l'heure d'un défilé de parade, le salut de l'étendard par le panache blanc du chef... cela n'empêche pas d'être empoigné tout entier par certaines fiertés patriotiques et d'éprouver des joies dont la silencieuse discrétion n'atténue pas la vivacité quand le pays remporte un de ces succès, une de ces victoires où les qualités maîtresses de notre race, celles qui nous ont donné et qui nous gardent, quoiqu'on dise, le premier rang, s'affichent et brillent de tout leur éclat à la face des peuples. C'est d'une de ces fiertés que nous nous sentîmes grandis, il y a peu d'années, quand le traitement de la rage sortit tout d'une pièce du laboratoire de Pasteur, comme Minerve tout armée du cerveau de Jupiter ; et c'est de l'une de ces joies que nous avons doucement, mais poliment, souri quand plus tard on lança, de la maison rivale, à grand renfort de réclame, l'invention merveilleuse mais pas mûre, de la tuberculine qui depuis.., ne demande plus que l'aumône de l'oubli.

malades, ainsi que dans les accidents métastatiques consécutifs aux inoculations sous-cutanées de la sérosité virulente du poumon.

Il est sujet à des variations considérables de sa forme et de ses propriétés ; il peut perdre et reprendre son pouvoir liquéfiant.

M. Arloing l'a nommé *Pneumobacillus liquefaciens bovis* et le regarde comme l'agent pathogène de la péripneumonie.

Tel qu'on le trouve habituellement dans les lésions pulmonaires aiguës, sa virulence ne lui permet pas de reproduire intégralement ces lésions par insertion directe dans le poumon du bœuf ; mais en sortant des tumeurs de la région coccygienne consécutives à certaines inoculations préventives faites selon le procédé du docteur Willems, il jouit d'une virulence assez grande pour que ses cultures pures de 3e, 4e, 5e.., 10e générations déterminent, par injection dans le poumon, des lésions péripneumoniques absolument caractéristiques.

2. Le pneumobacille retiré du poumon, sous un état moyen de virulence, propagé dans une série de cultures pures, peut être inoculé sous la peau du bœuf, en un point quelconque de l'économie, sans aucun danger sérieux.

A la suite d'une tuméfaction locale légère et résorbable, et de troubles généraux éphémères, les animaux acquièrent une certaine immunité qui les prémunit contre la contagion au même degré que les inoculations de la sérosité pulmonaire virulente préconisées par M. Willems.

Les cultures du pneumobacille ont donc le même pouvoir immunisant que la sérosité pulmonaire sans en présenter les dangers, car, après leur emploi, on n'observe ni la mort ni la mutilation de la région coccygienne.

3. M. Arloing appelle *Pneumobacille* les extraits glycérinés des bouillons forts où a végété le pneumobacille. Introduite sous la peau, la pneumobacilline produit des effets phlogogènes locaux plus ou moins marqués, et une série de troubles généraux parmi lesquels il faut citer : l'hyperthermie, l'accélération de la respiration et du pouls, la vaso-dilatation, des phénomèmes hypersécrétoires, du tympanisme.

Ces effets se manifestent sur tous les bovidés mais sont plus intenses chez ceux qui ont des lésions de péripneumonie contagieuses. Ils peuvent donc servir à diagnostiquer la maladie mais la réaction thermique seule ne suffit pas pour l'affirmer.

Sur la malléine. — M. le professeur Nocard a donné le résumé de ses recherches sur l'emploi de la malléine. Chez les chevaux morveux, l'injection d'une quantité minime de ce corps provenant de culture de bacille de la morve provoque la formation d'une tumeur inflammatoire parfois énorme en même temps qu'il se produit des phénomènes

---

C'est de ce même orgueil que, hier encore, nous avons tressailli quand la science française a recueilli, au congrès de Budapesth, le témoignage si flatteur d'estime et de sympathie qu'était l'adoption de notre langue, seule admise, avec le hongrois, pour les séances officielles et quand elle y a trouvé le beau triomphe que lui a valu la communication de M. E. Roux sur le traitement de la diphthérie.

Qu'on nous traite, après cela, de hâbleurs ou de cerveaux brûlés ; qu'on nous jette, sinon comme une insulte, au moins comme une ironie, le qualificatif de « fin de siècle ! » J'accepte bien volontiers cette épithète et ne trouve point que ce soit une si déplorable fin, ni dont on ait à rougir, celle qui jette aux quatre coins du ciel, avec l'éclat éblouissant d'un feu d'artifices, ces découvertes admirables.

Oui, c'était beau, la rage guérie, et c'était un splendide hommage ces théories de malades jadis désespérés — par l'implacable certitude d'une mort atroce, et plus encore par l'épouvante qu'ils sentaient émaner d'eux — venant de partout, au prix de quels

généraux graves. Cette réaction organique ne fait jamais défaut, mais est plus ou moins accentuée. La réaction thermique ne manque jamais et en quelques heures la température du cheval morveux s'élève de 10 à 20° au dessus de la normale. Chez les chevaux sains l'injection, de la malléine est sans effet, sauf un peu d'ardeur locale. La réaction produite par la malléine est spécifique et permet d'affirmer rapidement et surement l'existence de lésions morveuses ; quand elle manque, l'animal n'est pas morveux.

On ne doit jamais employer la malléine chez les animaux fiévreux, afin d'éviter que les indications thermométriques ne soient poussées et il faut soustraire les animaux mis en expérience aux variations atmosphériques (soleil, brouillard, pluies, etc.) On n'oubliera pas que la gourme provoque souvent de grandes oscillations quotidiennes de la température. Les lésions morveuses au début peuvent guérir et il est probable que la malléine exerce une action favorable sur la régression et la cicatrisation des lésions morveuses.

Vaccination contre le rouget des porcs. — M. Piana a employé pour ses vaccinations des cultures pures de bacilles du rouget provenant de pigeons qui avaient été préalablement inoculés avec des cultures du bacille du rouget et des cultures obtenues directement de cochons mort de rouget. Il y employa également le suc de la pulpe splénique de cochons morts de rouget et de lapins morts à la suite d'une injection intramusculaire.

Les porcs inoculés avec des cultures en 1890 ont été au nombre de 148 ; ceux inoculé avec la pulpe splénique en 1892 ont été au nombre de 78. Dans les deux cas, le résultat a été des plus satisfaisants. En effet sur 28 cochons d'un troupeau où il y avait le rouget, inoculés avec des cultures pures provenant du pigeon, 8 tombèrent malade d'une façon accentuée ; mais parmi ces derniers, 7 guérirent avec des injections sous-cutanées d'antipyrine. Sur 118 inoculés avec des cultures pures obtenues du cochon, 1 seulement mourut. Sur 43 porcs inoculés avec le suc de pulpe splénique, pris à un cochon mort de rouget, 3 moururent le jour même de l'injection, parce qu'ils étaient gravement malades. Sur 35 cochons inoculés avec du suc de rate de lapin mort du rouget, seulement 2 cochons âgés et une famille de petits tombèrent malades, mais les 2 âgés seulement moururent dans l'espace de 24 heures.

Les résultats obtenus ne sont pas à dédaigner, surtout lorsqu'une épizootie de rouget sévit et qu'il n'y a pas moyen d'avoir tout de suite des vaccins bien préparés. (*A suivre*).

---

sacrifices, de quels efforts, de quelles fatigues, chercher le salut assuré, certain, qui ne trompait jamais leur inébranlable confiance. Mais, n'est ce pas aussi grand et d'une portée plus vaste encore cette première victoire sur la dipthérie, l'affection redoutable entre toutes, lugubre et pitoyable par-dessus toutes les autres, qui fait périr les tout petits sous les yeux impuissants des mères folles d'horreur.

Nous sommes les témoins de tant de douleurs, les spectateurs de tant de drames poignants et de tant de misères, nous voyons couler tant de larmes sous tant de catastrophes que nous avons peine à dire, parmi ces angoisses et ces deuils, quels sont les plus navrants et lesquels nous prennent le plus atrocement aux entrailles. Je crois, cependant, que, de toutes les scènes où se broie notre cœur, il n'en est pas de plus pénibles que celles où nous fait assister la lutte affreuse des bébés se débattant en vain contre le mal inexorable, celui qu'on a nommé de cet autre nom que même le médecin, quand il est père, a peur de prononcer ou d'écrire. En face du mal qui accomplit son

FEMME ET BICYCLETTE

M. le docteur W. Douglas Hogg nous donne les réponses faites à un questionnaire par lui adressé à des médecins de la France et de l'étranger sur ce sujet, tout d'actualité : *Des avantages ou des inconvénients de la bicyclette pour la femme* (*Journal de médecine de Paris*, 16 *septembre* 1894). Nous relatons ici les questions et les réponses qui y ont été faites par les médecins les plus en vue.

Première question : *Le cyclisme modéré est-il un bon exercice pour la femme?*

M. Auvard : Oui, pour la femme génitalement saine. — MM. Bergeron, Bloch, Boisleux, J. Lucas-Championnière, Le Blond, Stapfer, Jentzer : Oui. — M. Chantemesse : Excellent. — M. Chaput : Oui, à la condition d'être modéré. — M. Doléris : L'usage modéré est utile, mais l'excès est nuisible et malheureusement avec ce genre d'exercice l'excès est difficile à éviter pour certaines femmes. — M. Ferrand : Question de mesure et d'opportunité. — M. Hallopeau : Oui, en dehors des règles et de la grossesse. — M. Jouin : Certainement, je ne conserve pas le moindre doute à ce point de vue. — M. Polaillon : Oui, pendant une heure ou deux.

Les médecins suivants sont d'un avis différent :

MM. Clarke, Loviot, Nivert, Olivier, Mme Pokitonoff, Touvenaint : Non.

Parmi les médecins étrangers : MM. Fancourt Barnes, John W. Byers, Th. Dolan, A. Doran, Handsfield Jones, Heywood Smith, J.-H. Walters se prononcent pour l'affirmative ; MM. B. Bell, Evan Jones, Lawson Tait, pour la négative. Ainsi que M. Cortiguera (de Santander), M. Jacobs (de Bruxelles).

En résumé, sur les 48 médecins qui ont répondu, approuvent la pratique modéré du cyclisme pour la femme. 34

la désapprouvent absolument.	9	12
— avec certaines réserves.	3	

Deuxième question : *Détermine-t-il, à votre connaissance des accidents généraux (nervosisme, hystérie, etc.)* ?

MM. Bergeron, Bloch, Bonnet, Bousst, Lucas-Championnère, Chantemesse, Ferrand, Gendron, Hallopeau, Jouin, Le Blond, Maygrier, Léon Petit, Poitou-Duplessis, Polaillon, Rey, Jentzer n'ont observé aucun accident.

Troisième question : *Exerce-t-il une influence fâcheuse sur les organes génitaux de la femme ?*

Non, si ces organes sont sains répondent MM. Auvard, Bergeron, Bloch, Bonnet, Chantemesse, Chaput, Ferrand, Gendron, Polaillon.

œuvre avec une sûreté fatale, nous savons l'inutilité presque absolue de nos efforts ; nous connaissons l'insuffisance, la faiblesse des armes que nous employons pour le combattre ; nous n'ignorons pas qu'entre les mille traitements proposés, c'est œuvre presque vaine d'essayer de faire un choix ; aucune illusion ne nous est permise sur leur efficacité et cette illusion nous ne la donnons même plus à ceux qui nous appellent à secours des chers mignons qui asphyxient.

Et notre devoir nous impose malgré cela de tout tenter, de tout essayer, de tout risquer même, quand tout ce que nous pouvons faire est non seulement stérile, mais terrible, quand nous n'avons à opposer que les tortures inefficaces de la thérapeutique aux tortures de la maladie. Ce n'est point pour vous, cher confrère, qu'il serait besoin de retracer le tableau désolant de ces badigeonnages, de ces cautérisations où nous sentons nos courages défaillir devant les débats, les résistances, les terreurs de ces pauvres petits êtres qui n'ont plus pour nous supplier, à défaut de leur voix étouffée, que

M. Lucas-Championnière répond : « Non, si la position de la femme est correcte » mais beaucoup de nos confrères pensent qu'il y a a améliorer la forme de la selle.

Parmi les étrangers :

MM. Fancourt Barnes, Byers, Dolan, Doran, Handsfield Jones, Heywood Smith, Walters n'ont observé aucune influence fâcheuse.

Aucun accident ne paraît possible à M. Treub, pourvu que la femme porte un costume approprié.

Pour le Dr Vulliet, le cyclisme n'affecte pas les organes génitaux de la femme s'ils ne sont pas malades : En tout cas, sur des organes malades, il n'a pas une plus mauvaise influence que le chemin de fer, la voiture, l'équitation.

M. Jacobs assure qu'il a déterminé du vaginisme, qu'il peut amener chez quelques hystériques l'orgasme vénérien et qu'il augmente tout l'état pathologique local, par les congestions des organes du bassin.

MM. Bell et Evan Jones jugent *à priori* de la même manière ; mais M. Lawson-Tait cite deux cas de manie érotique aiguë auxquels il n'attribue pas d'autre cause.

Quatrième question : *Ces accidents, s'ils existent, sont-ils compensés par des avantages sur l'ensemble de l'économie* ?

Presque tous les médecins sont unanimes à reconnaître que les avantages généraux ne sauraient compenser les inconvénients locaux, dans les cas où ils sont inévitables.

Citons pourtant l'avis de M. Lucas-Championnière : Les avantages pour la santé générale sont incalculables.

Cinquième question : *Existe-t-il des cas particuliers où vous prescririez le cyclisme* ?

Voici quelques réponses intéressantes :

M. Auvard : Je le prescrirai volontiers chez les névropathes, dont l'inaction et le manque d'occupation exagèrent l'état maladif.

M. Lucas-Championnière : Dans beaucoup de cas, il régulariserait les règles, ses applications en thérapeutique sont nombreuses.

M. Chantemesse : « Ces cas sont tellement nombreux qu'on ne peut en donner le détail en quelques mots.

M. Chaput : Le cyclisme est avantageux pour les cas légers de neurasthénie.

M. Ferrand : Certainement, quand il y a lieu de favoriser par l'exercice l'entraînement nutritif général sans avoir de complications pelviennes à redouter.

M. Hallopeau : « Hystérie, obésité, morphinomanie.

---

l'effarement douloureux de leurs grands yeux épouvantés. Aucune description, n'est-ce pas, ne vaudrait le moindre de vos souvenirs. Vous est-il arrivé, inquiet pour l'un des vôtres d'une angine suspecte, alarmé par des accidents laryngés, seul en une résidence éloignée, de préparer un soir, pour être muni contre tout événement, le triste appareil instrumental, de choisir la petite canule, de visiter le tranchant du bistouri, et d'attendre ainsi le jour dans les transes d'une nuit interminable ? Si oui, vous comprendrez que je ne sois pas maître de mon émotion et que j'écrive aujourd'hui plus en père qu'en médecin.

Et voici qu'un espoir vient de luire sur toute cette désespérance ; un espoir radieux comme une rédemption, que dis-je, n'est-ce point une certitude, n'est-ce point une formelle assurance ? J'ai lu et relu — avec quel enthousiasme, faut-il le dire ? — le travail de M. Roux, et de cette lecture, pour qui connaît l'homme et l'école où il a été formé, il ressort la conviction que le doute n'est pas possible et qu'enfin on va pouvoir

La sixième question : *Remarques, hygiène, vêtements*, etc. donne quelques avis utiles :

M. Chaput : Les séances de cyclisme ne doivent pas dépasser une heure. Les femmes ne doivent faire qu'une séance par jour.

M. Hallopeau : Machine basse pour éviter les secousses en descendant et la fatigue en montant.

M. Jentzer : Abolir le corset, culottes. !!!

M. Jacobs : La femme ne peut, à bicyclette, porter le corset ordinaire. Doit avoir l a taille assez libre, mais fortement soutenue; la poitrine dégagée. L'hydrothérapie doit être pratiquée rigoureusement après l'usage du vélocipède.

M. Treub : « Il ne faut pas que les vêtements se tassent sur le devant de la sellette. Il me semble donc que le costume de bicyclette doit être dans le genre du pantalon turc.

M. Vuillet : Il est indispensable que la selle soit sensiblement plus basse que le guidon pour éviter une position nuisible à l'état général du cycliste. Il serait aussi bon de faire de l'escrime pour ouvrir la poitrine et fortifier les bras, accessoirement au cyclisme qui ne développe que les membres inférieurs.

COURRIER

Légion d'honneur. — M. Laederich, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 3e corps d'armée, a été promu au grade d'officier dans la Légion d'honneur.

Le congrès d'hygiène a Madrid en 1895. — Le VIIIe Congrès d'hygiène a été clôturé à Budapesth. On a proclamé la ville de Madrid comme siège du futur congrès qui se tiendra en 1895 dans cette ville.

Affaire Laffite. — L'Association de la presse médicale française organise un vaste pétitionnement à l'effet d'obtenir du président de la République la grâce du docteur Laffite, condamné à trois ans de prison par la cour d'assises de Seine-et-Oise

Syndicat de la presse médicale allemande. — La *Deutsche mediz. Wochenschrift* propose de fonder une Association de la presse médicale d'Allemagne, d'Autriche et de la Suisse allemande, sur le modèle du Syndicat de la presse médicale française. Ce projet paraît destiné à se réaliser dans un bref délai.

Tarif de désinfection a Paris. — Un arrêté du préfet de la Seine, rendu en exécution

---

se mesurer avec le fléau à armes égales pour commencer, puis avec une supériorité de plus en plus grande et, qui sait, le réduire à l'impuissance peut-être, comme la variole.

Oh ! l'éloquence des chiffres ! pour la première fois elle m'a subjugué et les pourcentages dont le travail est tout hérissé ne m'ont point rebuté, je vous l'affirme. C'est bien là l'œuvre d'esprits sûrs d'eux-mêmes, sûrs de leurs méthodes et de leurs résultats, tellement familiarisés avec les merveilles qu'elles ne les étonnent plus et qu'ils les racontent avec une simplicité tranquille et hardie qui atteint à la grandeur. Et quelle bonne foi, quelle probité, quelle justice large faite aux travaux des autres, quelle impartialité à côté de quelle netteté, de quelle clarté et de quelle précision !

Oui, ce sont bien là des qualités françaises ; nous les possédons encore, même en « fin de siècle », n'en déplaise à Max Nordau. Et si c'est là de l'hystérie, si c'est de la dégénérescence, pour Dieu, restons hystériques ainsi et continuons à dégénérer dans ce sens là.

d'une délibération du Conseil municipal de Paris, fixe le tarif suivant pour les désinfections effectuées par les soins des étuves municipales :

Pour un loyer matriciel inférieur à 800 francs, néant ; pour un loyer matriciel de 800 à 999 fr., 5 fr.; de 1,000 à 1,999 fr., 10 fr.; de 2,000 à 2,999 fr., 15 fr.; de 3,000 à 3,999 fr., 20 fr ; de 4,000 à 4,999 fr., 30 fr.; de 5,000 à 5,999 fr., 40 fr.; de 6,000 à 6,999 fr., 50 fr.; de 7,000 à 7,999 fr., 80 fr.; de 8,000 à 8,999 fr. 80 fr.; de 10,000 à 14,999 fr., 100 fr.; de 15,000 à 19,999 fr., 150 fr.; de 20,000 et au-dessus, 200 francs.

Cette part contributive comprendra le passage à l'étuve des objets contaminés et la désinfection des locaux.

Elle ne sera due qu'une seul fois pour une même maladie, quel que soit le nombre des opérations auquelles cette maladie aura donné lieu.

Création d'un asile pour les jeunes idiotes a Bordeaux. — Le Conseil général de la Gironde vient d'approuver le projet de la création à l'asile des aliénées de Bordeaux d'un quartier spécial pour les jeunes idiotes, sous la réserve que dix lits seraient consacrés exclusivement aux idiotes indigentes.

Une proposition demandant qu'il soit créé un asile pour les idiots et les épileptiques simples adultes, a été également adoptée par le Conseil général.

Subventions a des œuvres médicales a Bordeaux. — Dans la même séance, le Conseil général a voté une subvention de 500 francs à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Une subvention de 500 francs a été également allouée à la Société des ambulances urbaines, de Bordeaux.

— La Société médicale de Charleroi a mis au concours, sur la proposition de M. le docteur Moreau, la question suivante : « Faire l'étude des inconvénients des annonces des médecins dans les journaux politiques, et ce au double point de vue de l'intérêt des malades et de la correction professionnelle. »

Le concours est national. Les travaux doivent être écrits en français.

Un prix de 100 francs sera attribué à l'auteur du mémoire couronné. La clôture du concours est fixée au 1er novembre (*Gaz. des hôpitaux de Toulouse*).

Emploi de l'aluminium. — Le pharmacien principal Balland, du comité de l'intendance, vient d'attirer l'attention sur les avantages qu'il y aurait pour le service de santé, à conserver certain produits pharmaceutiques, notamment l'acide phénique, dans des flacons en aluminium, à fermeture vissée.

Ces récipients seraient utilement employés, non seulement pour les approvisionnements de médicaments en campagne, mais aussi pour certaines denrées alimentaires, telles que l'eau, l'alcool, l'huile, le vin.

Corps de santé de la marine. — Le niveau scientifique des 72 candidats de la ligne médicale déjà reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits, étant assez élevé pour permetre de porter à 55, au lieu de 48 (nombre fixé le 7 juillet dernier), le nombre des admissions pour les élèves en médecine, le ministre de la marine vient de décider, sur la proposition du président du jury du concours, que le chiffre des étudiants en médecine à admettre à l'École de Bordeaux, en 1894, sera de 55. — Le nombre des élèves en pharmacie reste fixé à 2.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène des écoles. — II. Ovarite double douloureuse avec métrite du col ; hystérectomie vaginale ; guérison. — III. Revue de la presse médicale russe. — IV. Formulaire d'hygiène. — V. Hygiène. — VI. Courrier.

HYGIÈNE DES ÉCOLES

—

II. — Épidémies scolaires

La population scolaire constitue le milieu le plus favorable au développement des épidémies, à cause de sa densité et des éléments qui la composent. Les écoliers sont en effet à l'âge de la vie où les maladies les plus contagieuses sévissent de préférence. Ils sont plus exposés que les adultes et même que les jeunes gens aux fièvres éruptives, à la diphtérie à la coqueluche, aux oreillons, aux ophthalmies contagieuses et aux maladies cutanées.

Il y a donc un intérêt de premier ordre à formuler des règles précises pour prévenir le développement des épidémies dans les écoles et pour en arrêter la propagation. Il ne s'agit pas seulement de l'intérêt des enfants ; c'est une question de sécurité pour la population tout entière ; car les établissements scolaires sont des foyers d'élaboration, de renforcement, de dissémination des maladies contagieuses, qui en sortent souvent pour se répandre dans le quartier voisin et parfois dans toute la ville.

Les maladies qui peuvent prendre le caractère épidémique dans les écoles n'ont pas toutes la même gravité ni la même puissance de propagation. Sous ce rapport on peut les diviser en quatre groupes. En premier lieu, il faut placer, les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, variole et varioloïdes), la varicelle, la diphtérie, la coqueluche et les oreillons. C'est dans cet ordre qu'elles ont été rangées par l'Académie de médecine, lorsqu'elle a été chargée, par le ministre de l'instruction publique, de fixer la durée de la période d'isolement que les enfants atteints de maladies contagieuses doivent subir avant d'être réadmis dans l'école (1).

Dans la seconde catégorie se rangent : le choléra, la fièvre typhoïde, la grippe, la dysenterie. Celles-là n'ont rien de spécial aux écoles, elles rentrent dans les conditions générales de la prophylaxie sanitaire ; et ne sont pas tributaires de mesures de préservation aussi rigoureuses que les précédentes.

Dans le troisième groupe se rangent les maladies dont la sphère d'action est plus bornée et qui ne menacent pas au même degré la population du dehors, ce sont les affections cutanées et les ophtalmies contagieuses.

Enfin, nous plaçons dans la quatrième catégorie les névroses contagieuses par imitation, comme l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, parce qu'elles peuvent motiver l'éloignement des élèves qui en sont atteints ; mais elles ne demandent jamais l'adoption de mesures d'ensemble.

(1) Lettre de M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, au président de l'Académie de médecine en date du 1er mai 1893. (*Bulletin de l'Académie*, t. XXIX, p. 277).

Nous nous occuperons d'abord des deux premières catégories. Les mesures qui les concernent ont été l'objet d'une réglementation récente. Le comité consultatif d'hygiène publique, après avoir entendu le rapport de M. Napias (1), a donné son approbation à ses conclusions et le Conseil supérieur de l'instruction publique, sur la proposition de M. Brouardel, a soumis au ministre de l'instruction publique un projet de règlement scolaire qui a été sanctionné par un arrêté en date du 18 août 1893 et qui a paru dans le *Journal officiel*.

D'un autre côté, la Commission d'assainissement et de salubrité de l'habitation a, comme nous l'avons dit, adopté, dans sa séance du 17 avril 1894, un projet de règlement relatif à la prophylaxie des épidémies dans les écoles primaires de Paris qui lui a été soumis par le docteur A.-J. Martin (2).

On trouve dans ces deux documents les indications nécessaires pour tracer leur ligne de conduite aux directeurs comme aux médecins inspecteurs des écoles avant et pendant les épidémies.

Les mesures à prendre pour les prévenir consistent d'une part dans l'observation rigoureuse des mesures d'hygiène dont nous avons parlé dans les articles précédents et de l'autre dans l'examen sévère des enfants à leur arrivée en classe.

Le maître doit redoubler de vigilance, lorsqu'une maladie contagieuse règne dans la localité. Il est inutile qu'il ait pour cela des notions de pathologie ; elles ne pourraient que l'égarer et lui faire commettre des erreurs de diagnostic. C'est l'avis des médecins inspecteurs des écoles qui fait autorité à cet égard (3). Il suffit qu'un enfant paraisse souffrant, au moment où le maître passe la visite quotidienne de propreté que les règlements lui imposent, pour qu'il doive le renvoyer, sans hésitation, dans sa famille. Si, dans la journée, il aperçoit un élève qui semble indisposé, qui ne joue pas comme les autres, s'il lui trouve l'air abattu, la peau brûlante, il faut le renvoyer à l'instant.

Lorsque plusieurs enfants ont été, à court intervalle, éloignés de l'école pour des malaises de même nature, le directeur s'informe près des parents de ce qui s'en est suivi et il en rend compte au médecin de l'établissement qui s'assure de la réalité des faits et prévient le maire, s'il reconnaît un commencement d'épidémie. Dans ce cas, les frères et les sœurs des enfants malades ne doivent pas être autorisés à fréquenter l'école et ne peuvent y être réadmis qu'après avis du médecin inspecteur. Cette mesure paraît rigoureuse, mais elle est indispensable ; elle a été adoptée déjà en Angleterre, en Belgique, en Hollande et aux Etats-Unis. Il est bien entendu qu'elle ne s'applique qu'aux deux premières catégories de maladies que nous avons admises.

Lorsqu'un établissement scolaire se trouve ainsi menacé, qu'une épidémie règne dans la ville, il faut redoubler d'attention pour la propreté et

(1) Napias, Rapport au Comité consultatif d'hygiène publique de France sur la désinfection des locaux et du mobilier des écoles en cas d'épidémie (*Bulletin municipal officiel* des 13, 14, 15 et 16 septembre 1893.)

(2) *Bulletin municipal officiel* du 23 mai 1894.

(3) Docteur Mangenot, médecin inspecteur des établissements scolaires de la ville de Paris : L'inspection hygiénique et médicale des écoles (Extrait de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. Paris, 1887, p. 59. — Docteur Blayac : Même titre. Paris, 1888, p. 41.

plus particulièrement pour celle des cabinets d'aisances qui doivent être nettoyés à fond et désinfectés chaque jour, en projetant dans les cuvettes du lait de chaux ou du sulfate de cuivre en solution au vingtième (1). On a renoncé au sulfate de fer parce qu'il se borne à faire disparaître les mauvaises odeurs, sans détruire les germes nuisibles, à moins d'en employer des doses très élevées. On ne doit jamais l'employer pour la désinfection des fosses d'aisances (2).

Il est une seconde précaution qu'on doit prendre dès le début, c'est de faire bouillir l'eau qu'on donne à boire aux enfants. Ce procédé est plus simple, moins dispendieux et plus sûr que les filtres Chamberland qu'il faut nettoyer fréquemment et avec soin, pour qu'ils donnent des garanties absolues. L'eau, après ébullition, doit être conservée dans des vases couverts et déposée dans un endroit frais. Les robinets auxquels les élèves s'abreuvent d'habitude doivent être fermés.

Lorsqu'un des habitants de l'école (directeur, directrice, personnes de leur famille ou quelqu'un de leurs enfants) sera atteint à son tour, il ne pourra rester dans l'établissement qu'autant que le médecin inspecteur l'aura autorisé, que l'isolement du malade et de sa famille, ainsi que les autres mesures de prophylaxie seront rigoureusement assurées (3).

Lorsqu'un enfant est éloigné de l'école pour cause de maladie contagieuse, il est adressé à la famille une instruction sur les précautions à prendre contre la contagion et sur la nécessité de ne renvoyer l'enfant qu'après qu'il aura été baigné ou lavé plusieurs fois au savon et que ses habits, ses livres, cahiers, jouets et autres objets à son usage auront été désinfectés (4).

La durée de l'isolement pour chaque maladie contagieuse a été fixée de la manière suivante par l'Académie de médecine, sur la demande de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris, dont nous avons cité plus haut la lettre, et après avoir entendu la lecture du rapport d'A. Ollivier (5).

« La durée de l'isolement imposée aux élèves des lycées et des écoles « atteints de maladies contagieuses sera comptée à partir du début de la « maladie (premier jour de l'invasion). Elle devra être de quarante jours « pour la scarlatine, la variole, la varioloïde et la diphtérie ; de seize jours « pour la rougeole et la varicelle ; de trois semaines pour la coqueluche, « après cessation complète des quintes caractéristiques ; de dix jours pour « les oreillons, après la disparition des symptômes locaux. »

« L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction « publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées ci-dessus ne « pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin, constatant la

(1) Pour les fosses d'aisances, il suffit d'y projeter une quantité de lait de chaux ou de sulfate de cuivre à 5 p. 100, égale au vingtième de sa capacité.

(2) Ernest Mosny : De la conduite à tenir dans les écoles, en cas de fièvre typhoïde ou de choléra (*Annales d'hygiène publique et de medecine légale.* Janvier 1894. T. XXXI, n° 1, p. 36).

(3) Article 15 du Projet de règlement adopté par le Conseil municipal de Paris, le 8 mai 1894.

(4) Article 11 du même règlement.

(5) A. Ollivier : Rapport sur les modifications à apporter aux règlement de 1882 et 887 relatifs à la durée de l'isolement, dans les écoles et les lycées, des élèves atteints e maladies contagieuses (*Bulletin de l'Académie de médecine.* Séance du 25 juillet 1893).

« nature de la maladie, les délais écoulés et attestant que l'élève a été « baigné ou lavé et que ses effets ont été désinfectés. »

L'éviction successive de tous les enfants atteints de maladies contagieuses suffit le plus souvent pour arrêter les épidémies ; mais, lorsqu'un très grand nombre d'enfants sont atteints, lorsque la maladie a frappé quelques-unes des personnes résidant dans l'école, il faut bien prendre le parti de la licencier. Cette mesure grave n'est justifiée que dans les épidémies appartenant à la première des catégories que nous avons admises, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de variole, de scarlatine, de rougeole et de diphtérie (1). Pour la fièvre typhoïde et le choléra, tous les hygiénistes la repoussent, sauf dans le cas d'épidémie très grave implantée dans l'école ; quant aux autres affections telles que la varicelle, la coqueluche et la grippe, elles ne sont pas assez graves pour la motiver.

Le licenciement de l'école doit être suivi de la désinfection et celle-ci peut être ordonnée sans qu'il soit nécessaire de recourir à une mesure aussi grave, parce qu'on peut la pratiquer en dehors des heures de classe, quand les enfants ne sont pas là. La désinfection comprend : le lavage de la classe, sol et parois, avec une solution antiseptique ; le lavage avec la même solution des tables et bancs ; la désinfection complète du pupitre des élèves atteints, par des lavages sérieux avec la solution de sublimé ; celle des cartes et tableaux appendus aux murs par des pulvérisations de même nature. Les livres des élèves malades seront brûlés et remplacés. Nous n'insisterons pas sur la technique de ces petites opérations parce qu'elle a été décrite avec détails dans des articles antérieurs (2).

Lorsqu'il s'agit d'une épidémie de variole, la première mesure à prendre est de faire revacciner tous les élèves et tout le personnel de l'école.

Les maladies cutanées ne nécessitent jamais le licenciement. On renvoie chez leurs parents tous les enfants qui en sont atteints et cela suffit. Il n'en est pas toujours de même des ophthalmies contagieuses. J'ai été jadis obligé de provoquer l'évacuation complète de l'école des pupilles de la marine où la conjonctivite granuleuse régnait depuis près de 15 ans, sans qu'il eût été possible de la déraciner. Je n'ai pas pu renvoyer les enfants dans leurs familles, parce que c'eût été y porter la contagion. Les malades ont été dirigés sur l'hôpital maritime, les autres ont été logés dans un nouveau local qu'on avait approprié à cet usage. Cette mesure a complètement réussi.

Les névroses qui peuvent être contagieuses par imitation exigent l'éviction immédiate des élèves qui en sont atteints. En Allemagne, les épileptiques sont exclus des écoles publiques.

III. *Inspection hygiénique et médicale des écoles.* — L'exécution de mesures aussi délicates, aussi spéciales que celles dont nous venons de présenter les tableaux ne peut être confiée qu'à des médecins.

L'inspection sanitaire des écoles est la conséquence logique de l'instruc-

(1) En Allemagne, lorsqu'un cas de diphtérie se produit dans une école, on renvoie les voisins directs du malade pour quatorze jours. S'il y en a deux, l'école entière est licenciée et les écoliers ne rentrent que lorsque le médecin s'est assuré qu'ils ne présentent plus de traces de la maladie.

(2) *Union médicale*, 1893, premier semestre, nos 51, 56 et 61.

tion obligatoire et il importe à l'Etat comme aux familles de faire participer des médecins compétents à l'administration des établissements scolaires.

La Seine est le premier département et Paris la première ville de France qui aient organisé l'inspection sanitaire de leurs écoles. Elle y a été établie par un arrêté préfectoral du 13 juin 1879, pris à la suite d'une délibération du Conseil général et du Conseil municipal. Peu de temps après le ministre de l'instruction publique adressa aux préfets une circulaire pour les engager à organiser ce service dans leur département et pour définir les attributions des médecins inspecteurs. Plusieurs grandes villes s'empressèrent de se conformer aux instructions ministérielles. Lyon et le Havre furent les premières. Saint-Etienne, Reims, Amiens, Lorient vinrent ensuite ; un certain nombre de départements organisèrent tant bien que mal un service d'inspection, mais 35 d'entre eux ne donnèrent aucune suite à la circulaire ministérielle. Ce résultat était inévitable. Elle était muette sur les ressources budgétaires destinées à rémunérer les médecins inspecteurs, et les conseils généraux se refusaient à voter les crédits nécessaires. Il fallait une loi pour les y contraindre. Celle du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire en a fourni les moyens. Son article 9 stipule, en effet, que l'inspection, dans les établissements d'instruction primaire, doit être exercée, au point de vue médical, par des médecins inspecteurs communaux ou départementaux. Un décret en date du 18 janvier 1887 spécifie que ces médecins devront être Français, âgés de 25 ans au moins, agréés par le préfet et que leur inspection ne pourra porter que sur la salubrité des locaux, la santé des enfants et l'observation des règles de l'hygiène scolaire (1).

Ce programme comprend, comme on le voit, tous les sujets que nous avons passés en revue dans la série d'articles que nous avons consacrés à l'hygiène des écoles ; il est donc inutile d'y revenir. Pour les remplir le médecin inspecteur doit visiter les écoles publiques au moins une fois par mois et beaucoup plus souvent en temps d'épidémie. Quant aux écoles privées, son action doit se borner à signaler les mauvaises conditions hygiéniques qu'elles peuvent présenter. En cas d'épidémie, il doit provoquer les mesures nécessaires pour en arrêter les progrès.

Les médecins inspecteurs doivent adresser à l'autorité municipale trois sortes de rapports : Le premier, *rapport unique*, sur l'état hygiénique de l'école, n'est pas renouvelé. Le second, *rapport annuel*, comprend toutes les observations faites pendant l'année sur l'état sanitaire des enfants. Le troisième, *rapport occasionnel*, n'est envoyé que lorsqu'un fait grave s'est produit dans l'école ou lorsqu'une épidémie s'y est déclarée (2).

Jules Rochard.

(1) Docteur Blayac : Inspection hygiénique et médicale des écoles, 1888. *Loc. cit.*, p. 8.

(2) Docteur Mangenot, médecin inspecteur des établissements scolaires de la Ville de Paris : L'inspection hygiénique et médicale des écoles. (Extrait de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, Paris, 1887, p. 59).

Ovarite double douloureuse avec métrite du col. — Hystérectomie vaginale Guérison.

Par le Dr ROBERT SOREL (du Havre), chirurgien des hôpitaux, ancien interne des hôpitaux de Paris

—

L'hystérectomie vaginale pour lésions suppurées des annexes a fait l'objet de nombreuses communications depuis le mémoire de Péan au Congrès de Berlin ; et aujourd'hui, si l'accord n'est pas encore fait, beaucoup de chirurgiens sont partisans de cette opération.

Bientôt les indications de l'hystérectomie se sont étendues, et on a admis comme indication la bilatéralité des lésions des annexes. Nous croyons que cette opération est indiquée dans les variétés douloureuses bilatérales, qui d'ailleurs sont souvent accompagnées d'un certain degré de métrite.

Voici d'abord une observation qui justifie cette manière de voir.

Mme D... a été réglée à 14 ans, d'une façon régulière, jusqu'à la dernière grossesse.

Elle a eu la rougeole étant enfant, et une fièvre typhoïde à 17 ans.

1re *Grossesse* bonne en 1883. Accouchement à terme d'une petite fille actuellement bien portante.

A la suite, elle a eu une péritonite qui l'a tenue au lit deux mois.

Depuis elle a de fréquents maux de tête.

Elle continue à être bien réglée sans douleur.

Remariée en 88, elle a la même année une 2e *Grossesse*, pendant laquelle elle a eu de fréquents maux de cœur.

Accouchement à terme d'une fille actuellement bien portante.

Bien réglée après six semaines.

Elle souffre à partir de ce moment.

3e *grosssesse* en 89, fausse couche à 5 mois : le premier fœtus est sorti seul; le deuxième après 4 heures de travail et par des manœuvres internes.

Restée six semaines au lit.

4e *grossesse* en 90. Elle est *toujours* souffrante.

Accouchement simple à terme d'un petit garçon actuellement bien portant.

Bien réglée depuis.

Elle a été soignée pendant plusieurs mois pour une métrite du col, d'abord par des pansements et des cautérisations, ensuite par un curettage.

5e *grossesse*. Accouchement à 8 mois le 16 septembre 92 ; la petite fille est morte de faiblesse après 3 semaines.

Depuis elle est réglée environ toutes les 3 semaines.

Au commencement de mars 93, la malade vient nous consulter. Elle se plaint de douleurs dans le ventre depuis 1888 ; ces douleurs ont bientôt augmenté d'intensité et de durée. Actuellement elle est incapable de se livrer à n'importe quelle occupation ; 15 jours avant les règles elle est obligée de rester alitée.

Les rapports sexuels sont très douloureux.

La malade souffre un peu moins pendant l'écoulement des règles.

Elle voudrait trouver un soulagement à ses souffrances, qui la rendent absolument infirme, elle perd courage et a maigri dans ces derniers temps,

Elle réclame une intervention rapide, car elle a peur de redevenir enceinte, et ses grossesses augmentant encore ses douleurs et devant reculer une intervention En souvenir de soins et du curettage qu'elle a subis sans éprouver aucun soulagement, elle me dit qu'elle ne se soumettra qu'à une opération radicale.

Au palper le bas-ventre est douloureux surtout dans la région ovarienne.

Au toucher, on trouve un col un peu gros ulcéré ; la matrice est un peu augmentée de volume, en légère rétroflexion, très mobile. Les culs-de-sac sont souples, on ne trouve aucune tumeur distincte, mais les culs-de-sac sont très douloureux.

En résumé, nous sommes en présence d'une femme souffrant beaucoup depuis cinq ans au point d'être devenue impotente ces derniers mois et cependant, sauf des ulcérations du col, nous ne trouvons pas de lésions marquées de ses annexes. Cependant, devant l'état misérable de cette femme et surtout devant son insistance à être débarrassée radicalement, nous nous décidons à lui faire une hystérectomie vaginale.

Après entente préalable avec son mari, la malade entra à notre clinique le 10 mars 93.

La malade a pris un grand bain, et a été soumise au benzonaphtol, et après des injections vaginales au sublimé quelques jours. La veille elle est purgée.

Opération le 13 mars 93.

Hystérectomie vaginale par la méthode de Péan. — Chloroforme. — Durée 1 h. 1/4 depuis le début du chroroforme jusqu'au moment où la malade est reportée dans son lit.

Incision circulaire du col, détachement du cul-de-sac antérieur et postérieur, une grande valve est placée en avant et en arrière, la malade étant placé dans le décubitus dorsal.

Détachement des ligaments larges par pincements successifs. L'utérus enlevé. Je place un fil double de soie sur le pédicule de chaque annexe. Je laisse les pinces à demeure sur les ligaments larges. Tamponnement à la gaze iodoformée du vagin. Ouate hydrophile à la vulve. Sonde à demeure.

La malade se réveille sans mal ; pas de vomissements. Coliques dans le ventre toute la journée. La malade urine bien. Pouls, température normale. Le soir 1 cent. de morphine.

14. A perdu un peu de sang ; coliques dans le ventre. Urine bien, pouls, températures normales.

Le soir, le thermomètre marque 37° 6. Morphine 1 cent. 1/2. A peu dormi la nuit, crampes d'estomac.

15. Ce matin température 38.1. On fait le pansement et j'enlève 21 pinces à demeure. Lavage du vagin. Gaze iodoformée. Urine bien. Vulve recouverte d'une couche de ouate hydrophyle. 15 grammes d'eau de Sedllitz. Plus de morphine. Le soir la température est à 38°. Mais à partir de ce jour la température redevient absolument normale jusqu'à la guérison.

16. Bonne nuit, quelques douleurs d'estomac, plus de douleur dans le ventre. Bouillon, lait.

17. Même état, on commence à la nourrir.

20. Nouveau pansement. On enlève la sonde.

27. Nouveau pansement.

29. Elle perd un peu de sang.

1er *avril.* Nouveau pansement.

2 *avril.* Le malade se lève.

8 *avril.* La malade sort guérie.

Les suites opératoires ont été des plus simples, à l'exception du 3e jour où la malade à eu 38°. Cette élévation de température ne s'est pas renouvelée, une fois les pinces enlevées.

Le 30 mai, revu la malade, elle est dans un bon état, elle se plaint de douleurs névralgiques dans le côté.

J'ai revu la malade depuis assez souvent. Elle a encore souffert de ces migraines quelque fois.

Le 15 juin 1894, j'ai rencontré la malade c'est-à-dire 15 mois après l'opération. Elle m'a manifesté son contentement ; elle se promenait avec son mari et ses enfants. « Il y a bien des années que cela ne m'était arrivé de pouvoir ainsi sortir ». Cependant après les coïts, elle souffre quelquefois un peu. La cicatrice vaginale est un peu basse.

Nous croyons que dans ce cas notre intervention était justifiée ; et que l'hystérectomie vaginale était indiquée, quoique nous n'ayons trouvé que peu de lésions ; les ovaires seuls étaient un peu altérés; ils contenaient l'un et l'autre quelques petits kystes; l'ovaire n'était pas altéré dans sa totalité; les trompes étaient saines. Quelques minimes que soient ces lésions, la vie n'en était pas moins devenue intolérable à cette malade, et le bénéfice qu'elle a retiré de cette opération est tellement considérable qu'il compense de beaucoup les quelques risques que l'opération comportait.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE RUSSE

Les observations d'*Ankylose temporo-maxillaire et de résection partielle du maxillaire inférieur* sont rares. M. Saritscheff a présenté, à la Société de chirurgie de Moscou, le 4 février 1894, une malade de vingt-cinq ans, qu'il a guérie par cette intervention. C'est là un cas intéressant qui mérite d'être relaté. A l'entrée à l'hôpital, la bouche était déviée, le maxillaire supérieur plus saillant en avant, le menton rejeté en arrière; l'aspect de la patiente, par suite d'atrophie du maxillaire inférieur, rappelait la tête d'oiseau. Les mâchoires étaient serrées, l'ouverture de la bouche était impossible, la parole peu distincte ; la malade ne pouvait prendre que des liquides. Ces lésions étaient attribuées à un processus inflammatoire de la face, ayant débuté à l'âge de quatre ans. Le chirurgien a fait une résection bilatérale partielle de la branche montante du maxillaire inférieur. L'ouverture de la bouche était déjà devenue possible immédiatement après la résection. Bonnes suites opératoires, la mastication pouvait se faire neuf jours après l'intervention, la parole est devenue très distincte. M. Saritscheff a préféré créer une pseudarthrose au-dessus de l'angle de la mâchoire que de réséquer les articulations temporo-maxillaires ankylosées, ce qui aurait nécessité de grandes mutilations. De plus, grâce à cette intervention il a pu conserver les masticateurs intacts.

Relatons encore trois cas *d'érysipèle du larynx* dus au docteur Lounine, Société de médecine de Saint-Pétersbourg (*Saint-Pétersbourg Med. Woch.*, n° 1, 1894).

Chez le premier malade, l'affection a débuté par des frissons, de la fièvre, de la dyspnée et du mal de gorge. Examiné le troisième jour on trouva de la rougeur et de l'infiltration de l'épiglotte, ainsi que du cartillage arythénoïde gauche et du repli ary-épiglottique du même côté ; le cartillage thyroïde était douloureux à la pression. Deux jours après, la moitié gauche du larynx était guérie, mais la moitié droite reprenait de la rougeur et de l'infiltration qui n'ont duré qu'un jour.

Chez le deuxième malade, le début a été à peu près le même, mais avec dysphagie et raucité de la voix en plus, surtout intenses le troisième jour. Un accès de suffocation s'étant produit, le médecin consulté fit appliquer des sangsues ; le soir, il se produisit un deuxième accès avec respiration croupale, pouls à 120. A l'examen du larynx, on constatait une légère rougeur de l'isthme, une rougeur intense et de l'œdème de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques qui oblitéraient complètement la glotte. Pendant l'examen du larynx, il y eut un nouvel accès de suffocation qui nécessita la crico-tra

chéotomie; après l'opération, la respiration redevint libre et la température baissa mais la guérison complète ne s'effectua qu'au bout de quatre semaines.

Enfin, dans le troisième cas, il y avait en même temps une adénite sous-maxillaire et de l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané de la région; de plus on entendait des râles humides dans les poumons. Sur la paroi postérieure du larynx, on pouvait constater une petite tumeur d'aspect vitreux, du volume d'un pois, qui s'appliquait, pendant la respiration, contre les cordes vocales supérieures infiltrées. La gêne inspiratoire qui était considérable au début du troisième jour, diminua le soir même, ainsi que la dysphagie, mais la respiration restait à 40 par minute, de même que le pouls (132), la toux continuait à être sèche. Le quatrième jour, l'infiltration laryngée disparut, les ganglions sous-maxillaires diminuèrent, mais les phénomènes pulmonaires s'accentuèrent et le malade mourut le lendemain.

Nous avons dernièrement montré combien l'intervention était fréquente en Angleterre, dans les lésions du rachis : en Russie on en trouve aussi des exemples, témoin ce cas de *aminectomie, pour blessure du rachis par arme à feu.* — que M. Bereskine a signalé à la Société de chirurgie de Moscou. Le malade s'était tiré un coup de feu dans la région précordiale. Le chirurgien vit le blessé une première fois trois jours après l'accident. Il trouva 3 centimètres en dedans de la ligne mamelonnaire, à la hauteur de la sixième côte, l'orifice d'entrée de la balle ; douleur à la pression au niveau de la onzième vertèbre dorsale. Paraplégie complète, rétention d'urine et des fèces. Anesthésie cutanée de la moitié inférieure du corps; et le diagnostic de lésion de la moelle épinière à la hauteur de la onzième vertèbre dorsale fut porté. Supposant que la plupart des phénomènes était dus à la compression par la balle, on se décida à l'extraire. Mais après l'incision on trouva les lames vertébrales et les apophyses transverses intactes et comme le diagnostic n'était pas ferme, on se décida à en rester là. Dix jours plus tard apparut de la rougeur à la région trochantérienne, et tous les phénomènes persistant, on se décida à pratiquer la laminectomie. Deux incisions longitudinales et parallèles à la hauteur des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, unies par une incision transversale entre la première et la deuxième lombaire, donnent ainsi un lambeau cutané. Les lames vertébrales furent séparées des apophyses épineuses. Les lames des trois vertèbres citées furent coupées. La moelle fut mise à nu, et on put par pression sentir le corps étranger à la hauteur de la onzième dorsale. La moelle érignée à droite, on put voir l'origine de sortie de la balle dans le corps de la onzième dorsale. On pratiqua une incision longitudinale des méninges et de la moelle et on put extraire la balle placée dans l'épaisseur de celle-ci. Suture de la dure-mère et de la peau. Tous les phénomènes pathologique disparurent peu à peu. Actuellement (huit mois après l'intervention) le malade est en voie de guérison et même pour ainsi dire guéri.

FORMULAIRE D'HYGIENE

Hygiène de la bouche (suite) (1)

La bouche exige des soins spéciaux pendant les affections aiguës fébriles et notamment dans les maladies infectieuses, au cours desquelles la langue est rouge, sèche et couverte d'enduits, parfois comme rôtie, les dents fuligineuses, les gencives saignantes, tuméfiées, l'haleine fétide.

Dans ce cas, si le malade a conservé sa connaissance, il faut l'engager à se laver la bouche et se gargariser de temps en temps avec un liquide légèrement acide, comme une limonade végétale, le jus d'orange, etc. Il faut lui nettoyer les dents une couple de

(1) Voir *Union médicale* du 13 septembre 1894.

fois par jour, avec une brosse douce, trempée dans une solution très faible d'acide salicylique. Lorsqu'il existe de petites ulcérations de la langue causées par la pression des dents, on les saupoudre avec un peu d'acide borique ou de chlorate de potasse ; les fissures qui siègent à la commissure des lèvres seront essuyées de temps en temps avec un linge fin et pansées à la vaseline.

Il ne faut pas attendre que le malade demande à boire, il faut l'y inviter et lui présenter, toutes les heures au moins, de l'eau fraîche ou de la limonade. Les boissons abondantes ne sont pas seulement indiquées par l'état général, elles préviennent la sécheresse de la bouche, maintiennent l'activité des glandes et les fonctions de la muqueuse.

Lorsque le malade a perdu connaissance, il faut examiner la bouche très fréquemment, et la soigner comme il vient d'être dit. Lorsqu'il ne veut plus ou ne peut plus boire, il faut lui passer, deux fois par jour au moins, les lèvres au pinceau de blaireau trempé dans l'eau fraîche. Quand il existe des mucosités épaisses dans la bouche et le pharynx, les enlever en y passant l'index coiffé d'un linge fin et badigeonner ensuite la cavité buccale avec le pinceau imbibé d'eau fraîche ou trempé dans un collutoire légèrement astringent.

En dehors de l'état fébrile, des soins spéciaux de la bouche sont indispensables chez les dyspeptiques, chez les gens atteints de stomatite, chez les personnes affligées de fétidité de l'haleine, chez les malades qui suivent un traitement mercuriel ou qui prennent de l'iodure de potassium. Il est indispensable, dans ce cas, d'insister sur l'antisepsie buccale sur l'extraction des racines et des dents assez cariées pour ne plus servir à la mastication. Il faut user chaque jour de la poudre dentrifice au charbon et au quinquina et se gargariser fréquemment avec la solution boriquée ou salycilée.

Il arrive parfois, dans ces cas, que la salive devienne fortement acide et donne à la bouche une saveur aigrelette. Les dents se détruisent alors avec une rapidité extrême. Il est bon, dans ce cas, de faire un usage habituel des pastilles de bicarbonate de soude sans sucre, ce dernier pouvant servir d'aliment à l'acidité buccale par sa transformation.

HYGIÈNE

L'hygiène à l'Exposition de 1900. — Le programme de cette exposition comprend, dans le groupe de l'hygiène social, la classe 110, concernant les objets ainsi classés :

I. *Science de l'hygiène.* — Historique. — Exposé des projets de l'hygiène. — Application des découvertes de Pasteur à la prophylaxie des maladies infectieuses. — Laboratoires de chimie et de bactériologie appliquées à l'hygiène. — Recherches sur la transmissibilité des maladies infectieuses. — Procédés et appareils de désinfection. — Procédés de captage et d'amener des eaux potables pour en prévenir la contamination.

II. *Hygiène individuelle et hygiène des habitations.* — Mesures de précautions contre les maladies transmissibles. — Immunité : vaccinations antivariolique, antirabique, etc. — Application des règles de l'hygiène aux choix de matériaux de construction, aux procédés de chauffage, de ventilation, d'aération, d'éclairement et d'éclairage. — Usage de l'eau : Appareils balnéatoires et hydrothérapiques. — Evacuation des matières usées.

III. *Hygiène dans les établissements collectifs et les édifices publics.* — Ecoles. — Manufactures. — Ateliers. — Hôpitaux. — Asiles. — Refuges. — Salles de réunion. — Théâtres.

IV. *Hygiène dans les communes rurales.* — Conditions indispensables à la salubrité des

habitations rurales. — Règlement municipal sanitaire. — Police de la voirie ; dépôt, enlèvement, transport, utilisation des fumiers. — Protection des eaux d'alimentation.

V. *Hygiène et assainissement des villes.* — Voirie : propreté de la voie publique ; écoulement des eaux ; balayage ; dimension des maisons (hauteur ; nombre et hauteur des étages ; dimensions et aération des pièces habitées ; dimensions des cours et courettes); vidange des fosses d'aisances ; travaux d'amenée d'eau dans les villes ; procédés de filtration et de stérilisation ; évacuation des matières usées ; désinfection des eaux d'égout, champs d'irrigation ; utilisation des matières usées et des immondices des villes.

Services sanitaires principaux : bureaux d'hygiène ; procédés de défense collective contre les maladies transmissibles ; transport des contagieux, isolement ; désinfection des effets et des logements contaminés ; inspection des substances alimentaires ; tenue des abattoirs et des tueries particulières ; laboratoires municipaux ; cimetières, appareils crématoires.

VI. *Défense des frontières contre les maladies pestilentielles.* — Voies de terre : inspection médicale à la frontière ; infirmeries et désinfection aux gares frontières. — Voies de mer : assainissement des ports ; services sanitaires dans les ports, anciens lazarets, stations sanitaires ; service médical et désinfection à bord des navires.

VII. *Denrées alimentaires et objets usuels.* — Contrôle des denrées alimentaires, recherches des falsifications ; procédé de conservation des denrées alimentaires. — Inspection des eaux minérales naturelles et artificielles. — Objets usuels : progrès réalisés au point de vue de l'hygiène.

VIII. *Eaux minérales et sanatoria.* — Analyse des eaux minérales : procédés de captage et appropriation des sources. — Divers modes de médication par les eaux minérales et appareils destinés à les appliquer : piscines, salles d'inhalation, pulvérisation, etc. — Sanatoria, stations thermales : dispositions générales des lieux ; orientation ; promenoirs couverts. — Etablissements thermaux : cabines, bains, douches ; antisepsie préventive, notamment dans les stations fréquentées par les tuberculeux ; procédés d'embouteillage et de conservation des eaux.

IX. *Statistiques sanitaires et législation.* — Morti-natalité. — Relevé des causes de décès. — Mortalité par maladies épidémiques. — Législations sanitaires.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 16 septembre 1894, M. Carivenc, médecin-major de 1re classe, a été nommé au grade de chevalier dans la Légion d'honneur.

Par décision ministérielle du 15 septembre 1894, une médaille d'or a été décernée à Mme Fontaine (sœur Vincent), à l'hospice mixte de Béthune, pour récompense des actes de dévouement à l'occasion d'épidémies.

—Le Conseil d'hygiène a été saisi de différentes plaintes contre les tapis importés directement d'Orient. Fabriqués par des indigènes qui ignorent les préceptes les plus élémentaires de la salubrité, dans des taudis privés d'air, véritables foyers d'épidémie, ces tapis arrivent en Europe imprégnés de germes infectieux. De ce fait, plusieurs cas mortels ont été signalés qui ont vivement ému le monde médical. On va chercher les moyens pratiques d'exercer à la frontière une rigoureuse surveillance sur ces tapis meurtriers.

ITALIE. — *Congrès italien d'obstétrique et de gynécologie.* — Ce Congrès s'ouvrira à Rome le 15 octobre prochain. Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer (rapporteur, M. Mangiagolli).

2° La castration dans l'ostéo-malacie (rapporteur, M. Trazzi).

— La Chambre des médecins de la province de Brandebourg, dont le siège est à Berlin, ayant demandé que les étudiants en médecine fussent instruits, tant au point de vue pratique, de tout ce qui touche à la question de l'assurance en cas de maladies, d'accidents, de vieillesse ou d'infirmités, le ministre des cultes de la Prusse, dont dépendent les affaires médicales, vient d'adresser une circulaire aux présidents supérieurs des autres provinces du royaume à l'effet de provoquer sur ce point un avis motivé de la part des Chambres médicales.

LE FUTUR CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE — *Congrès de Moscouen* 1896. — « Nous avons eu, cette semaine, l'occasion de voir M. le professeur Danilewsky, professeur de chimie à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, qui vient chaque année en France passer ses vacances sur nos côtes bretonnes. Avec une exquise bonne grâce, le représentant du Gouvernement russe au Congrès de Rome a bien voulu nous mettre au courant de ce qui s'était passé depuis le mois d'avril. Il est aujourd'hui entendu que le Congrès aura lieu à Moscou. Les autorités médicales de cette ville ont reçu et accepté la mission de l'organisation de tous les services. Les Russes sur ce point ont tenu à être agréables aux médecins présents à Rome, qui presque tous inclinaient pour Moscou; on ne peut que leur en être très reconnaissant.

Il est à peu près certain en outre que la réunion se tiendra en août 1896, puisque le Congrès de Rome devait avoir lieu en 1893. On a choisi ce mois de l'année, parce que cette saison est tout à fait favorable au voyage et parce qu'on pourra ensuite se rendre à Nischni-Nowgorod, où se tiendra à ce moment la foire fameuse que l'on connaît, et revenir par Pétersbourg. Nous remercions notre cher maître et ami d'avoir bien voulu nous fournir ces intéressants renseignements. »

(M. B. *Progrès médical.*)

LES FEMMES-MÉDECINS. — D'après une statistique publiée par le *Journal des Débats*, il existe dans le Nouveau-Monde plus de 2,000 femmes exerçant la médecine. Sur ce nombre, 130 ont adopté les doctrines homéopathiques ; 70 d'entre elles sont médecins ou chirurgiens des hôpitaux ; 95 professeurs dans les écoles médicales ; 610 se sont vouées à l'étude spéciale des maladies féminines ; 70 sont des aliénistes ; 65 des orthopédistes ; 40 des oculistes ; enfin, 30 des électro-thérapeutistes.

Le Canada ne possède qu'une seule Ecole de médecine qui soit exclusivement réservée à l'éducation scientifique des femmes, mais les Etats-Unis en ont 10, dont une est un établissement homéopathique.

La vieille Europe est bien dépassée. En France, spécialement, la profession médicale n'exerce encore qu'un attrait médiocre sur la jeunesse féminine. Au commencement de la présente année scolaire, la Faculté de médecine de Paris ne comptait que 16 étudiantes françaises sur 165 inscriptions. Par contre, 16 inscriptions féminines à la Faculté des lettres, il y en avait 141 françaises, plus 7 à la Faculté des sciences et 3 à celle du droit.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. ACHARD : Les hémorrhagies dans la fièvre typhoïde. — II. VIIIe Congrès international d'hygiène. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences ; Académie de médecine. — IV. Histoire de la patente d'un docteur étranger qui ne s'occupe que de consultation et de massage. — V. Courrier.

Hôpital Cochin. — M. ACHARD.

—

Les hémorrhagies dans la fièvre typhoïde

par M. ACHARD, médecin des hôpitaux.

(Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin, recueillie par M. MACÉ, interne de service)

Messieurs,

Les hémorrhagies ne sont point rares dans la fièvre typhoïde. Vous avez vu cette année chez trois de nos malades survenir l'hémorrhagie intestinale qui est l'une des plus fréquentes. Récemment vous avez aussi observé plusieurs hémorrhagies successives, moins communes quant à leurs localisations, chez un homme qui se trouve encore aujourd'hui dans nos salles et dont je vais vous retracer brièvement l'histoire.

Au n° 26 de la salle Trousseau est couché depuis le 9 juillet 1894 un jeune homme âgé de 18 ans, atteint depuis sept jours d'une infection aîguë qui s'est traduite en ville par de la fatigue générale, des maux de tête, de la courbature, l'insomnie complète, des épistaxis. A son arrivée, l'on constate en plus de ces symptômes que le pouls est plein et franchement dicrote, la langue sèche, l'abdomen ballonné. Des taches rosées lenticulaires existent sur la paroi abdominale, la rate paraît tuméfiée, la pression dans les fosses iliaques détermine de la douleur et du gargouillement. Quelques râles de bronchite disséminés dans la poitrine. Température, 40°9. L'urine contient de l'albumine et le lendemain matin on constate un dépôt dun gramme d'albumine dans le tube d'Esbach.

Le diagnostic de fièvre typhoïde est porté. Le malade est mis aux bains froids.

Rien jusqu'à la nuit du 12. Le malade, qui est inquiet, agité, et qui cause avec moins de facilité pendant la journée, a eu du délire la nuit. Ce délire existe encore à la visite du 13, et un nouveau symptôme apparaît, les urines sont fortement colorées en rouge, elles contiennent du sang.

Le 13, dans la soirée, rétention d'urine nécessitant un sondage qui a été depuis répété matin et soir. Le délire continue, mais faible jusqu'au 19. Les urines ont toujours les mêmes caractères d'abondance et de coloration

Le 19, au matin, on constate au niveau du quart inférieur des muscles droits de l'abdomen, du côté gauche, une tuméfaction renitente, douloureuse à la pression et qui laisse le malade dans un état permanent d'inquiétude et de tourment. Après avoir sondé le malade, une ponction exploratrice, faite au niveau de la tuméfaction, retire un liquide séro-sanguinolent et une ponction pratiquée avec l'appareil Dieulafoy donne

issue à un litre d'un liquide semblable à celui que nous avait donné la ponction exploratrice.

Rien de nouveau jusqu'au 30 juillet. Le malade urine seul à cette époque, et le 5 août apparaît un troisième symptôme hémorrhagique : à la face plantaire du 2e et du 3e orteil du pied droit existe une ecchymose, puis une petite collection sanguine qui s'ouvre à l'extérieur sous la protection de pansements antiseptiques.

Voilà donc une série d'hémorrhagies chez un même sujet. Ces hémorrhagies ont été heureusement peu abondantes et se sont terminées favorablement. Vous verrez d'ailleurs rarement ces complications prendre dans la fièvre typhoïde l'allure dramatique que prennent les formes hmorrhagiques de certaines infections aigües comme la variole. Mais pour être moins saisissant, le tableau clinique de ces hémorrhagies typhoïdiques ne mérite pas moins de fixer votre attention, car la fièvre typhoïde est aujourd'hui plus fréquente que la variole et les hémorrhagies y sont aussi plus communes que dans cette cernière affection.

De tout temps, Messieurs, les médecins ont attaché une grande importance aux hémorrhagies qui surviennent dans les grandes maladies aigües, dans les grandes pyrexies, comme on disait autrefois. C'est qu'en effet le rejet du sang est un symptôme généralement facile à reconnaître, même pour l'entourage du malade, et d'autre part il a bien souvent pour le clinicien une grande valeur séméiologique et pronostique.

De plus, ces hémorrhagies ont eu pour les auteurs des grandes théories médicales un intérêt doctrinal. Les uns ont cherché en elles la marque d'un état fluxionnaire et la preuve de la nature inflammatoire de la maladie fébrile, d'autres y ont vu l'indice de l'altération des humeurs ou des solides de l'économie ; d'autres les ont considérées comme un phénomène critique, une réaction salutaire, un effort de la nature médicatrice qui lutte contre la force morbide. Toutes ces théories n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. On ne saurait d'ailleurs trouver dans ces hémorrhagies un argument en faveur d'une théorie exclusive, et l'étude de celles de la fièvre typhoïde en particulier va nous montrer qu'une assez grande diversité règne dans leur histoire, aussi bien pour leur localisation anatomique et leurs caractères cliniques que pour leur signification diagnostique et pronostique et leur mécanisme pathogénique.

Voyons tout d'abord les plus communes.

L'*épistaxis* est un des principaux signes indicateurs que l'on recherche pour établir le diagnostic au début, car elle survient ordinairement dans les prodromes de la maladie ou dans le premier septenaire, plus rarement dans la période d'état ou dans la convalescence. Son intérêt est presque tout entier dans le diagnostic.

L'*hémorrhagie intestinale*, moins fréquente que l'épistaxis, l'est plus que les autres hémorrhagies. Certaines épidémies la compteraient plus que d'autres au nombre de leurs complications. L'âge aussi du sujet n'est pas indifférent à ce point de vue de la fréquence relative ; l'adulte est plus atteint que l'enfant et cela tient à ce que les lésions intestinales sont moins accentuées chez ce dernier.

Elle apparaît à des périodes variables. On la voit quelquefois dès la période du début. Le plus souvent c'est vers la fin du second septenaire ou

dans le 3e ; dans d'autres cas, c'est à la période de déclin qu'elle se manifeste, pendant la convalescence, enfin pendant les rechutes.

Parmi les symptômes qui la révèlent, le plus important est évidemment la présence du sang dans les garde-robes. L'aspect du sang varie : tantôt le mæléna ne consiste qu'en quelques stries que l'on retrouve dans les matières, tantôt le sang est entièrement mélangé aux féces, qui prennent l'apparence du goudron. Dans certains cas, il s'y trouve sous la forme de caillots, dans d'autres il peut être rejeté à l'état liquide comme dans les hémorrhagies considérables qui inondent le lit des malades. Les symptômes fonctionnels varient suivant la réaction du sujet et l'importance de l'enterorrhagie.

Les hémorrhagies légères passent presque inaperçues, les moyennes sont quelquefois annoncées par l'exagération du dicrotisme du pouls et l'abaissement de la température qui peut être très frappant. La température ne tarde pas à remonter et souvent en pareil cas elle dépasse le degré auquel elle était parvenue avant l'hémorrhagie. Vous avez vu cette année chez trois de nos malades cet abaissement de la température à l'occasion d'hémorrhagies intestinales. Les hémorrhagies sérieuses s'accompagnent de pâleur, de refroidissement, de tendance aux lipothymies. Dans quelques cas d'hémorrhagie profuse, le ventre se ballonne, et il existe dans les flancs une matité due à la réplétion du gros intestin par le sang.

La terminaison est en général favorable, cependant une hémorrhagie profuse peut amener la mort dans le collapsus algide, ou la mort par syncope, survenant en moins d'une heure, comme l'a signalé Trousseau, et avant même que le malade ait eu le temps d'expulser le sang par l'anus.

Les lésions qu'on trouve à l'autopsie des malades qui ont présenté des entérorrhagies sont variables : il n'y a pas d'ulcération dans les cas où la mort survient au milieu d'hémorrhagies multiples, au début de la fièvre typhoïde. Dans d'autres cas on trouve des ulcérations en pleine activité mais il est rare que l'on puisse découvrir le vaisseau rompu. Ou bien ce sont, des ulcérations atoniques qui ont entretenu la diarrhée et prolongé la durée de la maladie bien au-delà de ses limites habituelles.

Si l'hémorrhagie intestinale est relativement fréquente dans la fièvre typhoïde, il n'en est plus de même de l'*hématémèse* qui est exceptionnelle. On cite des cas d'Andral, de Chomel, de M. Millard. La gastrorrhagie peut être produite par une ulcération de la muqueuse gastrique.

L'*hématurie* est moins rare, que le sang vienne des uretères, du rein ou de la vessie, car la cystite hémorrhagique a été signalée chez les malades atteints de fièvre typhoïde. Le plus souvent l'hémorrhagie a une source rénale et elle relève soit d'infarctus du rein, soit d'une néphrite typhoïdique : c'est alors la forme hémorrhagique de la néphrite typhoïdique. Notre malade a présenté, avant d'avoir de l'hématurie, une quantité d'albumine assez grande pour nous faire penser chez lui à une néphrite typhoïdique. Pendant l'hématurie, la proportion d'albumine s'est élevée notablement et l'examen microscopique du dépôt de cette urine ne montrait pourtant que des globules rouges en nombre relativement peu considérable : il est probable que l'hémoglobinurie l'emportait sur l'hématurie proprement dite. Un auteur belge, Buisseret (1), a étudié ces hématuries en signalant la

(1) Buisseret. Hématuries dans la fièvre typhoïde (*Journal de médecine et de chirurgie*, Bruxelles, t. XLVII, p. 765).

coexistence de la rétention d'urine que nous avons également observée dans notre cas. Cette hématurie peut guérir. Vous avez vu chez notre malade la disparition du sang de l'urine, puis celle de l'albumine, et aujourd'hui cet homme est convalescent. Mais elle peut aussi entraîner la mort soit par urémie, soit par hémorrhagies multiples; enfin, même dans les cas favorables, il faut toujours songer pour l'avenir à la possibilité d'une évolution chronique sous la forme du mal de Bright.

Les *métrorrhagies* ont été signalées aussi. Légères, elles constituent les épistaxis utérines de Gubler, difficiles à distinguer des règles avancées. Plus accentuées, elles peuvent avoir été préparées par un état puerpéral antérieur, comme dans le cas signalé par Chouppe.

Les hémorrhagies génitales peuvent aussi se faire en dehors de l'utérus et constituer une *hématocèle péri-utérine*. Vous savez que Poncet (de Cluny) a pensé que quelques cas considérés comme des exemples de perforation guérie devaient être rapportés à des hématocèles péri-utérines.

Enfin je vous signalerai encore quelques hémorrhagies assez peu fréquentes. M. Kelsch (1) a publié le cas d'une *pleurésie hémorrhagique* à bacille d'Eberth, sans lésions intestinales. L'*apoplexie pulmonaire* se voit quelquefois à l'autopsie; cliniquement elle n'a donné lieu qu'à des signes bâtards de broncho-pneumonie ou de congestion des bases.

L'*apoplexie splénique* est rare, mais dangereuse par la rupture de la rate à laquelle elle expose, d'où l'issue dans le péritoine du bacille d'Eberth et des microbes pyogènes qui peuvent lui être associés.

L'*hémorrhagie cérébrale* et *méningée* est heureusement exceptionnelle. Elle se produit parfois à la faveur d'un traumatisme crânien.

L'*hémorrhagie musculaire* est moins rare. Notre malade nous en présente un exemple : elle survient dans le cours du 3e ou du 4e septenaire. Le siège de prédilection est le grand droit de l'abdomen. Ce siège particulier de l'hémorrhagie musculaire a été expliqué par les efforts que font les malades pour tousser, pour s'asseoir sur leur lit. Les contractions brusques et répétées en sont l'occasion ; l'hémorrhagie accompagne la rupture des fibres musculaires ; il ne s'agit plus seulement de dégénérescence cireuse des fibres, mais d'un véritable foyer de myosite où les altérations vasculaires ont été décrites. Cliniquement, ces hémorrhagies musculaires donnent naissance à peu de symptômes. Le malade accuse de la douleur au point de la rupture et l'on voit la tuméfaction, variable comme volume, formé par l'épanchement sanguin. Cette tuméfaction ou se résorbe, ou augmente de volume, devient fluctuante et forme un abcès qu'il faut ouvrir. Vous avez vu que chez notre malade une simple ponction, un peu de compression et l'immobilité ont suffi à éviter ces accidents.

Ces myosites typhoïdiques sont produites par des microbes, et dans notre cas nous avons constaté dans le liquide retiré par la ponction la présence du bacille d'Eberth associé au staphylocoque blanc.

L'évolution des *eschares* peut donner lieu à des hémorrhagies ; tantôt celles-ci précèdent les eschares et donnent lieu à une tumeur sanguine au point qui sera envahi par le sphacèle : c'est ce que vous avez pu voir à l'un des pieds de notre malade, tantôt l'hémorrhagie résulte de la chute d'une eschare

(1) Académie de médecine, 22 février 1892.

Les hémorrhagies qui se font du côté des téguments sont rares : l'absence habituelle de *pétéchies* est un caractère qui distingue la fièvre typhoïde du typhus exanthématique ou péléchial. Lorsque ces pétéchies apparaissent, elles sont d'ordinaire accompagnées d'autres manifestations hémorrhagiques ; ces hémorrhagies multiples, en général précoces, survenant la première semaine, constituent la *forme hémorrhagique* de la fièvre typhoïde ; elle est rare, mais sa gravité est grande, on y observe ordinairement des symptômes ataxo-adynamiques et souvent aussi des accidents de pyohémie.

Le diagnostic des hémorrhagies dans la fièvre typhoïde est le plus habituellement facile. L'hémorrhagie intestinale se reconnaîtra, en l'absence même du mélœna, à la sensibilité du ventre, à la chute brusque de la température. La douleur lombaire fera rapporter aux reins la source d'une hématurie.

La valeur séméiologique des hémorrhagies est assez grande. Je vous ai déjà parlé de l'épistaxis du début et de sa valeur. L'hémorrhagie intestinale en a moins, car lorsqu'elle se produit, presque toujours le diagnostic est déjà établi grâce aux taches et au développement des symptômes typhiques. Dans certains cas, cependant, l'entérorrhagie peut être le premier signe manifeste de la fièvre typhoïde, comme dans la forme ambulatoire. Quelquefois encore l'apparition de l'hémorrhagie intestinale aura une certaine valeur diagnostique lorsqu'on hésitera entre la fièvre typhoïde et la phtisie aiguë, bien qu'on ait signalé aussi l'entérorrhagie dans la granulie.

Le pronostic des hémorrhagies dans la fièvre typhoïde est variable, vous le comprenez, suivant leur siège, leur abondance et leur nombre. Il est évident qu'on ne saurait comparer sous le rapport de la gravité l'hémorrhagie cérébrale et l'épistaxis. D'autre part, des hémorrhagies habituellement sans gravité peuvent devenir sérieuses par leur abondance. Ainsi la mort peut être la conséquence d'une épistaxis, comme l'ont observé Liebermeister, Murchison, Féréol, ou même d'une hémorrhagie consécutive à de simples piqûres de sangsues, comme l'a vu Roger. Enfin, les hémorrhagies multiples révèlent souvent une forme grave.

Cette variabilité de pronostic est bien mise en relief par l'étude de l'hémorrhagie intestinale. Quand elle apparaît au début de la fièvre typhoïde, elle appartient à la forme hémorrhagique, le pronostic est grave. A la période d'état et lorsqu'elle est de moyenne intensité, elle n'entrave nullement la guérison et quelquefois même il en résulte une certaine détente des symptômes nerveux : ce sont les cas où l'hémorrhagie a été considérée par Trousseau comme un symptôme de bon augure. Lorsqu'elle est tardive, elle indique des ulcérations atoniques qui sont une cause d'affaiblissement pour le malade en empêchant l'alimentation, et qui font toujours craindre une complication des plus redoutables, la perforation.

La variabilité du pronostic tient aussi à la variabilité du mécanisme suivant lequel les hémorrhagies se produisent. Dans la fièvre typhoïde, les causes morbides sont nombreuses ; nous devons signaler en premier lieu le bacille d'Eberth et les agents d'infection secondaire qui pénètrent au niveau des ulcérations intestinales. Ces microbes sécrètent de plus des

poisons auxquels s'ajoutent les poisons endogènes formés par les cellules de l'organisme malade. Les effets morbides qui résultent de ces causes sont nombreux : c'est l'altération des vaisseaux, ce sont des troubles dans l'innervation des vaisseaux, d'où des modifications de la pression sanguine; ce sont encore des altérations du sang : toutes conditions qui jouent un rôle dans la pathogénie des hémorrhagies. Le mécanisme peut donc être très varié. Il y a des hémorrhagies dont l'explication est facile, les causes locales les expliquent : telle une hémorrhagie intestinale liée à une ulcération de la période d'état ; dans d'autres cas, au contraire, il faut faire intervenir les causes générales qui priment tout, la virulence spéciale et encore non prouvée de certaines épidémies, le terrain offert par le malade à l'infection, l'alcoolisme, la débilitation antérieure. On a aussi incriminé la thérapeutique, et en particulier les bains froids. Ce reproche n'est pas fondé et vous avez pu voir dans ce service les bons effets de ce traitement dont votre maître regretté Juhel-Rénoy a été l'un des promoteurs les plus ardents.

Nous nous arrêterons peu à la thérapeutique des hémorrhagies dans la fièvre typhoïde : c'est celle des hémorrhagies en général. Légères elles seront abandonnées à elles-mêmes, c'est ce qui a lieu communément pour l'épistaxis. En cas d'hémorrhagie intestinale, le repos rigoureux sera prescrit. Si l'hémorrhagie acquiert une certaine abondance, on pourra employer les lavements froids, les boissons glacées, les applications de glace sur l'abdomen, les hémostatiques internes (ergotine), les toniques, l'alcool, l'éther, les injections de spartéine si le cœur fléchit. Enfin dans les cas extrêmes, la transfusion a donné des succès. Vous nons avez vu suspendre les bains froids chez nos malades à l'occasion des entérrorrhagies, non pas tant pour éviter les prétendus dangers de l'eau froide que pour ne pas exposer les malades aux mouvements et aux efforts que provoque le traitement. C'est qu'en effet, en matière de thérapeutique, il faut se garder de l'exclusivisme et savoir adopter les méthodes aux malades en particulier.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE (1)

Nos lecteurs connaissent déjà la si importante communication de M. Roux, qui a valu à notre compatriote d'unanimes applaudissements. La diphtérie était, du reste, à l'ordre du jour du Congrès et des comités de diverses nations ont présentés des rapports étudiant son étiologie et sa prophylaxie.

M. Lœffler, président du comité allemand, a insisté sur ce point, que le bacille de la diphtérie peut exister dans le nez et la gorge d'individus sains; il ne produit la maladie que lorsqu'il se fixe et cette fixation est aidée par les lésions de la muqueuse. Un diphtérique peut être dangereux longtemps après sa guérison, car les bacilles restent parfois virulents pendant des semaines et des mois. De même, ils conservent souvent leur virulence plusieurs mois en dehors du corps, lorsqu'ils sont englobés dans des matières organiques et à l'abri de la lumière. La diphtérie ne peut se transmettre de l'animal à l'homme. Les principaux moyens prophylactiques à diriger contre la maladie sont : la propreté, la sécheresse, l'éclairage des logements ; — la propreté de la bouche

(1) Suite et fin. Voir l'*Union médicale* du 22 septembre.

et du nez, l'ablation des dents mauvaises, des amygdales hypertrophiées ; les lavages froids du cou. Tous les cas suspects devront être examinés au point de vue bactériologique.

M. Bellinge, président du comité américain, a fait connaître que sur 5,611 examens bactériologiques faits à l'office sanitaire de New-York on a trouvé dans 58 p. 100 des cas de la vraie diphtérie. Il peut y avoir des diphtéries atypiques sans fausses membranes et offrant les caractères de l'amygdalite simple ou de l'angine catharrale ordinaire. Lorsque l'isolenent des malades est défectueux, on trouve des bacilles chez la moitié des malades qui les entourent et un grand nombre ; 40 p. 100 de ces derniers prennent la diphtérie. Le bacille peut exister chez des personnes saines qui ne deviennent pas diphtériques.

M. E. Seaton, président du comité anglais, a fait remarquer que la mortalité par diphtérie allait croissant d'année en année. Cette maladie se fixe de plus en plus dans les villes et se propage facilement par les écoles. Ce sont les enfants de 3 à 12 ans qui sont les plus atteints ; souvent, pendant les épidémies de diphtéries, il y a un grand nombre d'affections mal définies de la gorge.

M. Roux, président du comité français, dépose les propositions suivantes :

1° La diphtérie est une maladie contagieuse ; sa déclaration doit être obligatoire ;

2° Les malades qui en sont atteints doivent être isolés ;

3° Le service sanitaire fera désinfecter les locaux où ont séjourné les diphtériques et surtout les linges, vêtements, objets de literie, sans omettre les jouets et tous les ustensiles qui auront servi aux malades.

Pendant le cours de la maladie, il fera désinfecter tous les linges souillés, avant qu'ils soient remis au blanchissage ;

4° Les voitures utilisées pour le transport des diphtériques seront soumises à la désinfection après chaque transport ;

5° Les enfants qui ont eu la diphtérie seront tenus éloignés de l'école, après leur guérison, jusqu'à ce que le médecin ait autorisé leur rentrée ;

6° Lorsqu'un cas de diphtérie se produit dans une école, les enfants qui la fréquentent doivent être, pendant quelque temps, soumis à la surveillance du médecin. Seront éloignés de l'école tous ceux qui paraîtront atteints d'angine. Cette surveillance sera surtout rigoureuse pour les frères et sœurs du malade.

Vœux. — En outre de ces mesures qui peuvent faire l'objet d'une réglementation administrative, il conviendrait de répandre les notions suivantes :

1° Pour être traitée avec succès, la diphtérie doit être reconnue dès son début. Ce début est souvent insidieux, il échapperait moins souvent si la gorge des enfant était fréquemment examinée. Il appartient aux mères de famille de pratiquer journellement cet examen et d'habituer, dès le bas âge, les enfants à s'y soumettre.

Cette notion d'hygiène pourrait être répandue par des notices, par la voie de la presse, et surtout par l'intermédiaire des instituteurs et des institutrices.

2° Le diagnostic précoce et certain de la diphtérie ne peut être établi que par l'emploi des méthodes bactériologiques ; on doit insister auprès des médecins pour qu'ils aient toujours recours à ces procédés.

3° Les effets du sérum antidiphtérique étant aujourd'hui suffisamment constatés, on doit recommander comme moyen prophylactique l'injection de ce sérum aux enfants d'une famille dans laquelle se produit un cas de diphtérie.

Pour M. Filotow, président du comité russe, il peut se produire des épidémies de dipthéries à la suite d'affections graves de la gorge chez les porcs et d'autres animaux. Les épidémies augmentent en automne et diminuent en été.

M. Loffler préconise pour le traitement de la diphtérie une solution composée de alcool 64, bluol 36, créoline ou métacrisol 1 à 2 ; on ajoute 10 p. 100 de menthol pour diminuer la raison. On doit toucher deux fois de suite les parties malades pendant 10 minutes avec un tampon d'ouate trempé dans la solution et on répète les attouchements toutes les trois heures jusqu'à disparition de tout symptôme local.

L'Immunité. La question du mécanisme de l'immunité acquise a été très discutée. Il semble résulter de l'ensemble des discours qui ont été prononcés que la plupart des expérimentateurs accusent de plus en plus l'importance d'action des leucocytes. Mais tandis que Metchnikoff montre sa théorie illusoire, les Allemands maintiennent une théorie humorale. Pour Buchner, par exemple, l'immunité naturelle consiste dans l'action bactéricide de certains produits solubles sécrétés par les leucocytes ce sont les alexions ; il y a de plus, dans l'immunité naturelle, une insensibilité congénitale des tissus et des collalyse vis-à-vis de certains poisons bactériens ; généralement l'immunité naturelle ne peut être transférée par le sang d'un animal et d'un autre. L'immunité acquise ou expérimentalement produite consiste dans la présence, soit dans les tissus, soit dans le sang, soit encore dans les deux de produits bactériens spécifiques, les *antitoxines*, qui peuvent en général être transmises à un autre organisme par le sang et le lait. Les antitoxines ne détruisent pas directement le poison bactérien, mais diminuent la sensibilité de l'organisme aux poisons. Desays de Levrain a institué des expériences qui confirment les idées allemandes en montrant que le poisons bactériens de la sérosité d'un abcès provoquée par l'injection de staphylocoques proviennent réellement des leucocytes. On a dit que c'étaient les leucocytes éosinophiles qui re sentaient les lésions, mais Metchinoff a prouvé qu'il n'en était rien.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 août 1894

Les lésions confèrent aux tissus l'aptitude à fixer les substances dissoutes

MM. Charrin et Carnot. — On connaît très imparfaitement les lois physiologiques qui président à la répartition des principes en solution introduits par la circulation ou la voie digestive dans l'organisme vivant

Au premier abord, il semble que ces principes doivent, en dehors des localisations dues à quelques affinités chimiques, se distribuer d'une façon sensiblement uniforme ; or, l'expérience ne justifie pas toujours cette conception.

Au laboratoire de M. le professeur Bouchard, nous avons poursuivi une série de travaux destinés à rechercher le rôle que pourraient jouer, à cet égard, les altérations anatomiques. D'une part, en effet, il est intéressant de savoir, par exemple, si le mal appelle le remède ; d'autre part, il est aisé de constater que, pour des corps solides vivants, en suspension, pour des microbes, le rôle de ces altérations anatomiques est indéniable.

Lésez un rein, cautérisez superficiellement le lobe gauche du foie, puis injectez des bactéries dans le sang ; il vous sera aisé de reconnaître, comme nous l'avons fait avec M. Duclert, que, le plus souvent, ce rein lésé, ce lobe cautérisé renferment plus de bactéries que le rein normal, que le lobe sain.

Chez un lapin, nous avons, à l'aide de toxines, déterminé une arthropathie du genou droit, puis nous avons fait ingérer, durant quinze jours, de l'acétate de plomb par la voie gastrique. Le dosage, les réactions à l'hydrogène sulfuré, à l'acide sulfhydrique, au chromate de potasse, à l'iodure nous ont montré que les tissus de cette articulation renfermaient manifestement plus de plomb que ceux du genou gauche non altéré.

Sur des poumons tuberculeux recueillis sur un lapin qui avait absorbé des sels de plomb, on peut voir que ces sels sont surtout abondants au niveau des tubercules.

Sur des fausses membranes de péritonite, on constate facilement que la teinte noire si accentuée, si intense, dans les zones enflammées, est infiniment moins visible en d'autres points moins malades; elle est pour ainsi dire presque nulle là où la séreuse est saine.

La même constatation a été faite pour les muscles d'une cuisse droite énervée, à sciatique coupé, par rapport à la cuisse gauche.

Le caractère de la coloration, la précipitation en milieu acide écartent toute objection qui tendrait à soutenir qu'on est en présence de molécules ferriques du sang; de même, l'action des chromates ou des iodures.

En dehors de leur intérêt physiologique pur, ces expériences permettent de comprendre, ne fût-ce que par analogie, pourquoi la tuberculine va au tubercule, pourquoi les sels de bismuth s'accumulent dans les ulcérations, pourquoi le mercure sort par les points faibles, pourquoi, chez un goutteux, l'urate de soude qui circule va se déposer dans un coude ou un pied qu'un traumatisme est venu frapper, etc.

On pourrait supposer que les leucocytes, si nombreux dans les zones irritées, ont transporté ces corps : cette hypothèse peut être vraie dans certains cas; assurément, en dépit des notions établies, elle ne se réalise pas toujours.

Nous avons vu, en effet, un amas de pus, c'est-à-dire en partie de leucocytes, demeurer incolore après les traitements chimiques des tissus; ces leucocytes ne contenaient donc pas de plomb.

Du reste, l'examen histologique porte à penser que les substances introduites dans l'organisme arrivent à ces foyers lésés à l'état dissous.

La vasodilatation, la néoformation capillaire, une lenteur plus grande, une activité plus marquée dans la circulation lymphatique, lenteur, activité enregistrées dans quelques-unes de nos recherches, font que les principes mis en jeu pénètrent dans ces points en plus grande quantité; il est possible que, dans ces milieux altérés, la réaction, un produit pathologique quelconque, provoquent la précipitation de ces principes.

Quoi qu'il en soit, il demeure acquis que les lésions confèrent aux tissus une aptitude à fixer les substances en dissolution.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 25 septembre 1894

Présidence de M. Alphonse GUÉRIN

Consanguinité et hérédité morbide

M. LAGNÉAU vient s'élever contre l'assimilation longtemps faite entre l'*hérédité morbide* et la *sanguinité*.

Cette dernière, longtemps incriminée, commença à être réhabilitée avec le docteur Bourgeois, qui, descendant d'une famille où l'on s'unissait entre cousins et où il ne comptait pas moins de *dix-sept* unions consanguines, n'en était pas moins vigoureux et bien portant.

Evidemment quand deux conjoints appartiennent à une même famille et que cette famille est entachée d'un vice héréditaire, les enfants ont grande chance d'être atteints; mais ici la consanguinité n'intervient pas ; c'est affaire seulement d'hérédité morbide.

En somme, le *croisement en dedans* qui est courant chez certains animaux, n'est pas plus défavorable chez l'homme ; diverses statistiques, entre autres celles d'Hubert, pour la Seine-Inférieure, l'ont surabondamment démontré.

M. Guéniot est du même avis que M. Lagneau. Il ajoute pourtant que, en pratique, il est souvent difficile de démêler à qui appartient l'hérédité morbide quand on est consulté pour une union consanguine, du fait de la dissimulation ou de l'ignorance des conjoints ou plutôt de leur famille.

Candidatures:

M. A.-J. Martin, pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. Lucas-Championnière, pour la place vacante dans la section de médecine opératoire.

Histoire de la patente d'un docteur étranger qui ne s'occupe que de consultation et de massage

Voici une conséquence imprévue de la nouvelle loi sur la médecine : le massage n'étant plus de la médecine, et tout le monde pouvant en faire, un docteur étranger qui ne fait que du massage, demande à être déchargé de la patente qu'il a payé sous l'empire de la nouvelle loi, comme tous les médecins français.

Bien qu'il soit reconnu par le Conseil de préfecture lui-même que ce docteur en médecine de la Faculté de Stockholm, « pratique son art à Paris en soignant les malades par le procédé du massage, en donnant des consultations chez lui et en visitant sa clientèle à domicile , il figure sur l'annuaire de médecine Roubaud, etc. », le Conseil le décharge de sa patente parce qu'il n'exerce pas la médecine et se livre seulement à ces opérations de massage.

Voici d'ailleurs le singulier arrêt qui exonère le médecin de sa patente :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que le requérant n'exerce pas la médecine et qu'il se borne à faire des opérations de massage ; que, dès lors, il est fondé à soutenir qu'il a été imposé à tort, en 1893, en qualité de docteur en médecine, sur le rôle des patentes du quartier Saint-Georges, à Paris. »

Il est vrai qu'il ajoute : le fisc ne perd jamais ses droits!

« Mais, considérant qu'en vertu des dispositions de l'art. 1er de la loi du 15 juillet 1880, la contribution des patentes est due par tout individu qui exerce en France une industrie, un commerce ou une profession, sauf les exceptions déterminées par la loi ; que la profession exercée par le requérant ne rentre pas dans la catégorie des professions exemptées et ne se trouve pas, d'autre part, dénommée dans le tableau annexé à la loi sur les patentes ; que, par suite, il y a lieu de renvoyer ledit requérant devant le préfet de la Seine, pour faire procéder au classement de sa profession par voie d'assimilation, conformément aux dispositions de l'art. 4 de la loi précité du 15 juillet 1880 ;

« Arrête :

« Le sieur N..... est renvoyé devant le Préfet de la Seine, pour faire régler, par un arrêté spécial, les droits de patente dont il est passible, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1880. »

Ainsi, en résumé, et en supprimant les termes techniques de cet arrêt, voici : Un

M. X..., docteur étranger, autorisé à exercer en France, puisqu'il n'a pas été condamné pour exercice illégal, inscrit comme docteur à l'annuaire Roubaud avant 1893 (il n'y est pas en 1894, mais il est sur d'autres annuaires en cette même qualité); qui donne des consultations chez lui, qui va chez les malades, leur applique une méthode thérapeutique que nous n'avons pas à juger, le massage, et cette conduite lui vaut une patente de médecin qu'il paie, sous l'empire de l'ancienne loi. Arrive la nouvelle loi qui ne veut pas considérer le « massage » comme de la médecine; notre confrère s'écrie alors : « mais je ne suis plus patentable comme médecin! » et le tribunal auquel il s'adresse lui donne raison !!!

COURRIER

Les palmes italiennes. — M. le Dr Baccelli, Ministre de l'Instruction publique d'Italie aurait l'intention de proposer la création d'une nouvelle décoration analogue aux palmes académiques françaises.

Hopital de Chateaudun. — L'hôpital de Chateaudun a reçu jeudi dernier la visite de M. Casimir-Périer. Le président a laissé 200 francs à l'hôpital et 500 francs pour le bureau de bienfaisance.

Souscription pour l'institut pasteur. — On sait, par une communication du dr Roux, l'Institut Pasteur, au Congrès de Budapest, les résultats que donne le nouveau traitement de la diphtérie par le sérum. Les ressources dont disposent les savants de l'Institut Pasteur ne leur permettent pas de fournir à tous le remède nouveau et ils voudraient pouvoir en livrer à tous les médecins de France. Le *Figaro* a eu l'idée d'ouvrir une souscription, et l'un de ses rédacteurs s'est assuré, au laboratoire de la rue Dutot, que les sommes envoyées par les personnes désireuses de voir se propager le remède nouveau y seraient accueillies avec empressement.

Procès a un médecin. — Un médecin appelé pour un accouchement fit une craniotomie avec crochet de Braun. Un confrère l'assistait. Dans l'opération, il glissa malheureusement et blessa la parturiente qui mourut peu après.

La famille poursuivit l'opérateur devant les tribunaux, l'accusant de s'être servi d'un instrument qui n'est plus d'usage, et d'avoir par sa maladresse, causé la mort de la malade. Le médecin contestait que la blessure fût le résultat de son mode d'intervention; il disait n'avoir pas eu sous la main d'autre instrument pour tenter de sauver la parturiente qui, abandonnée à elle-même, aurait certainement succombé. Deux experts confirmèrent les explications du médecin qui fut *acquitté* par le tribunal. (*Allgemeine Weiner medizinische Zeitung*).

Mission. — Le ministre de l'intérieur a confié à M. le Dr Ledé, secrétaire rapporteur au comité supérieur des enfants du premier âge, la mission d'étudier l'organisation et le fonctionnement des bureaux de nourrices, spécialement à Paris.

— Liste des candidats admis, après concours, à l'Ecole du service de santé de la marine, à Bordeaux. en 1894 :

1° *Ligne médicale*, MM. 1. V.-M.-J. Le Moal, 2. E.-L.-C. Auffret, 3. L.-M. Mielvacque 4. A.-P. Chabaneix, 5. H. Lassignardie, 6. E.-J.-V. Barbe, 7. J.-P. Gachet, 8. G. Pujol 9. F.-E.-M. Lemasle, 10. J.-M. Imbert, 11. E.-J. Mias, 12. L.-B. Cannac, 14. F.-V. Chauvin, 14. F.-P.-F. Lamarque, 15. E. Thomas-Derevoge, 16. M.-J.-A.-H. Brouillard, 17. R.-A.-P. Jolly, 18. A.-L.-J. Béraud, 19. F.-J.-M. Ricaud, 20. C.-E.-A. Letonturier, 21. E. Guilmet, 22. E. Builles, 23. J.-T.-A. Cadet, 24. P. Abadie-Bayro, 25. L.-V.-D. Cha-

bal, 26. F.-J. Dardenne, 27. J.-E, Roubaud, 28. M.-J.-H. Delaune, 29. L.-J. Barot, 30. A.-V. Michel, 31. J.-L.-N. Briaud, 32. F. Pclofi, 33. J.-B.-J. Maille, 34. F.-E. Vallet, 35. H. Chaumanet, 36. P.-A.-A. Lepinte, 37. E. Lemerle, 38. P.-J.-L.-E. L'Herminier. 39 G.-A. Sautarel, 40. A.-E. Grandmaire, 41. L.-A. Margain, 42. L.-V.-O.-C. Perrot, 43 P.-A. Rober-, 44. E.-Z. Bellet. 45. L.-J.-J. Colin, 46. J. Le Goignec, 47. E.-J. Fargier, 48. E.-C. Westermann, 49. J. Creignou, 50. J.-H. Savignac, 51. F -J.-R. Damond, 52. A.-P.-M. Gaimard, 53. J.-L.-M. Le Corre, 54. E.-M. Petit, 55. C.-V.-M. Jouvenceau.

2e *Ligne pharmaceutique*, MM. 1. M.-E.-R.-F. Boissière, 2. A.-A. Massiou.

Les médecins de couleur en Amérique. — Au dernier examen de l'internat de l'hôpital d'Indianopolis (Etats-Unis), c'est un nègre qui l'a emporté sur tous ses concurrents et a obtenu l'unique place mise au concours. Mais les préjugés des Américains à l'égard de la race noire sont tels que la place est intenable pour le malheureux. Les malades payants ont quitté sur l'heure, et les non payants protestent à cor et à cris contre l'insulte qui leur est faite de leur offrir un médecin de couleur. Un correspondant d'un journal médical de la localité écrit : « Le pire est que dans quatre mois, de par les règlements, ce jeune homme sera chargé du service d'obstétrique, et des femmes blanches, dont la pauvreté est le seul crime, devront subir l'indicible outrage de mettre au monde des enfants innocents par les soins et les manipulations de ce fils de Cham. » il demande la révocation du nègre.

— Parcimonie anglo-nobiliaire.

Le *Methodist Times* stigmatise de sa bonne encre les membres de la noblesse anglaise qui oublient trop facilement de délier les cordons de leur bourse en faveur des œuvres de charité publique.

Exemples : le West London hopital a reçu en tout et pour tout, en 1893,375,000 francs de dons, provenant de la générosité d'un duc et de trois ladies ; sur un revenu annuel d'un million, le Middlesex hopital a perçu moins de 10,000 francs à la caisse de l'aristocratie. Quand au London hopital, dont le budget accuse 2,250,000 francs de rente, les « gentlemen d'Angleterre » ne lui ont pas, au dernier exercice, ouvert un crédit de plus de 6,820 francs.

Enfin, les missions anglicanes elles-mêmes ne seraient redevables aux personnages titrés que d'une somme de 17,000 francs sur un revenu total de 5 millions!

Les médecins de la Cie P.-L.-M. ont eu dimanche dernier, 16 septembre, leur réunion annuelle à Aix-les-Bains, sous la présidence de M. A. Blum, médecin en chef de la Compagnie. Cette réunion est la plus nombreuse qu'il y ait encore eu. 170 médecins étaient présents. Des excursions au mont Revard et sur le lac du Bourget avaient été organisées par les soins du docteur Brachet, d'Aix ; le cercle d'Aix-les-Bains, qui nous ouvrait largement ses portes, et les hôteliers ont bien fait les choses. Il nous est encore plus agréable de constater que, malgré d'assez grosses sommes données à des confrères malheureux et à des veuves de confrères, l'avoir de la Société de secours mutuels des médecins de la Compagnie P.-L.-M. dépasse actuellement 110,000 francs.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale : Le traitement local de l'érysipèle par les antiseptiques. — II. Du Castel : Herpès gestationis. — III. Revue de la presse étrangère. — IV. Thérapeutique appliquée. — V. Courrier.

REVUE GÉNÉRALE

—

Le traitement local de l'erysipèle par les antiseptiques

Depuis que lesrecherches récentes ont démontré que l'érysipèle était sous la dépendance du streptocoque pyogéne un grand nombre d'antiseptiques ont été essayés localement.

Un des plus usités est le sublimé dont Talamon a réglé l'emploi en pulvérisation de la manière suivante :

Se servir d'une solution de sublimé dans l'éther à 1 0|0 que l'on met dans un pulvérisateur à main, de petit modèle, mais possédant une pression suffisante.

Tenir compte de la finesse de la peau du sujet et tâcher d'apprécier la profondeur de l'infiltration dermique, d'après la résistance de la plaque, sa saillie au-dessus du niveau de la peau, l'existence ou l'absence des bulles, etc. Ne pas craindre la vésication de la peau, la provoquer hardiment en prolongeant la pulvérisation si la plaque est encore peu étendue.

Arroser simplement le centre de la plaque, pulvériser toujours plus longuement et plus largement sur la périphérie et en particulier sur le bourrelet saillant en empiétant d'un centimètre ou deux sur la peau saine.

A ce niveau il faut tracer comme une ligne vésicante pour arrêter l'extension de l'erysipèle.

Sur la nuque, sur le dos, sur le tronc et sur les membres les pulvérisations doivent être beaucoup plus longues que sur la face. Avertir les malades avant de commencer le traitement que les pulvérisations vont produire une cuisson assez douloureuse mais pas plus douloureuse que la tension du derme par l'infiltration érysipélateuse ; que le visage se gonflera, qu'il se formera des cloques et des croutes toutes conséquences d'ailleurs que l'érysipèle peut déterner et détermine souvent par lui-même.

Ne pas chercher a détacher les croutes, avec les doigts; les laisser se détacher et tomber d'elles mêmes sous les applications de compresses boriquées qu'on maintiendra en permanence sur les parties malades dans l'intervalle des pulvérisations.

D'après Talamon, employées dès le début de l'affection avec une énergie suffisante, les pulvérisations peuvent juguler la maladie en 24 heures; elles atténuent la virulence du germe dans les cas graves. Les pulvérisations de sublimé peuvent entraîner l'apparition d'un masque pigmentaire; d'autres fois il se développe des dermites rebelles et intenses.

Robin emploie la liqueur de Van Swieten additionnée d'acide tartrique. Il se sert d'un pulvérisateur de Lister qu'il place à 30 centimètres du malade et prolonge la pulvérisation pendant une demi-heure ; quatre pulvérisations par jour suffisent habituellement. Ce mode de traitement n'a pas

d'inconvénients et il ne se produit pas de lésions de la peau. Bien loin de provoquer de la douleur ces pulverisations ainsi faites ont une action sedative.

Labanewski préconise l'application de compresses imbibées d'une solution aussi chaude que le malade peut la supporter de liqueur de Van Swieten ; il renouvelle ses compresses le plus souvent possible.

Pétrini après une purgation au calomel emploie localement une solution de sublimé dans le collodion.

Sublimé . . .	0 g. 10
Collodion riciné .	60 gr.

On badigeonne la partie atteinte avec ce liquide deux fois par jour pendant 3 ou 4 jours en appliquant une couche épaisse au bord de la plaque et un peu au-delà. A l'intérieur, Pétrini donne des pilules renfermant du sulfate de quinine et de l'iodoforme. Ce traitement aseptiserait le malade de telle sorte que tout danger de contagion disparaît.

Le collodion a du reste été employé par beaucoup d'auteurs comme agent de compression ; si l'on s'en sert dans ce but il faut en disposer des couches très épaisses sur le bord de la plaque. On a encore utilisé le diachylon pour faire de la compression en en appliquant des bandelettes sur les bords de la région érysipélateuse.

Après avoir essayé un certain nombre de traitement sans succès Juhel-Renoy a obtenu de bons résultats avec un mélange de traumaticine et d'ichtyol que l'on doit étendre avec un pinceau autour de la plaque à 1 ou 2 cent. du bourrelet, l'application de cette préparation cause une légère cuisson.

L'Ichtyol incorporé à la vaseline, au collodion ou à un vernis, à la dose de 10 à 50 0[0 a été préconisé par différents auteurs. Gluck emploie l'ichtyol de la façon suivante : Il lave d'abord soigneusement la région atteinte puis pratique à son niveau et sur une petite zône de peau environnante des incisions multiples, en partie superficielles et en partie profondes c'est-à-dire allant jusque dans le tissu sous-cutané. La surface scarifiée est ensuite lavée avec une solution antiseptique, massée énergiquement, séchée et frottée avec une pommade à l'ichtyol à 60 0[0. Enfin on l'enduit d'une couche de cette pommade et on recouvre de tarlatane et d'ouate. On doit continuer les frictions à l'ichtyol encore quelques jours après la disparition de la fièvre. L'ichtyol exercerait sur le streptocoque une action destructive beaucoup plus puissante que l'acide phénique.

Oehner combine l'emploi de l'alcool absolu avec lequel il badigeonne énergiquement la partie atteinte 3 ou 4 fois par jour et de l'ichtyol ; ce dernier est étendu la nuit sous forme de pommade à 25 p. 100. Le processus local est immédiatement arrêté, la température retombe à son niveau normal en 24 heures.

Vaskressepsky emploie simultanément la compression exercée avec des bandelettes de diachylon au dessus et au dessous de la région atteinte et la pommade ci dessous.

Ichtyol	4 à 8 gr.
Axonge	30 gr.

Mélez.

Dès 1874, Hueter préconisait les injections sous-cutanées d'acide phénique

On doit faire ces injections dans la peau saine en se tenant à 1 et 2 cent. du bourrelet érysipélateux et entourer la partie malade d'injections espacées de 3 à 6 cent. L'aiguille doit être enfoncée de manière à ce que l'injection poussée lentement soit dirigée vers les parties atteintes. On applique ensuite une plaque de ouate. On peut injecter en une séance de 30 à 45 cent. d'acide phénique pur. La fièvre tombe et la rougeur disparait en 12-24 heures. Les injections sont douloureuses et peuvent être suivies de petits abcès; de plus il peut survenir des phénomènes d'intoxication.

L'acide phénique a beaucoup plus fréquemment été employé en simples applications.

C'est ainsi que Hafmolk se contente de placer sur les parties malades des compresses trempées dans une solution phéniquée à 35 p. 100, que Konelselk fait des frictions avec de l'huile phénique à 10 p. 100.

Hayem a employé une solution d'acide phénique et d'alcool, de chaque parties égales, dont on applique une couche à la péripthérie de la plaque, il n'y a pas de douleurs mais si l'acide phénique est en excès il se produit des cicatrices persistantes.

Kolazech applique au niveau de la zone érysipélateuse un morceau de papier gommé imbibé d'une solution phéniquée à 5 p. 100 et empiétant sur le territoire normal. Le papier est recouvert d'une couche de ouate maintenue par une bande, il reste en place plusieurs jours. On applique sur les bords des bandelettes de largeur convenable si la [zône érysipélateuse gagnè en étendue. L'auteur pense que la rétention des produits de la perspiration cutanée agit sur les cocci.

Trapeznikof a préconisé un mélange d'acide phénique et d'essence de térébenthine :

Acide phénique	4 gr.
Essence de térébenthine	90 gr.

et Rathe emploie un mélange renfermant de l'acide phénique, de la teinture diode, de l'alcool, de la glycerine.

Nolkre emploie de la gamme arabique renfermant 3 à 5 p. 100 d'ocide phénique et Rosenbach conseille de laver la plaque au savon avant de la lationner avec de l'acide phénique à 5 p. 100.

Wilde a employé le sulfo-phénate de soude en injections et Petersen s'est servi de l'acide salicylique de la même façon. Hallopeau et Inglessis ont appliqué sur les plaques des linges imbibés d'une solution de sa lycylate de soude à 10 en 20 p. 100 après badigeonnages avec une solution à 4,6 p. 100 dans la glycérine.

Le Gendre a encore eu recours aux injections sous cutanées d'acide borique, on doit se servir d'une solution à 1 p. 100 ou 1 pour 50 et opérer de la manière suivante : Faire deux couronnes d'injections, la première à 3 ou 4 cent. du bourrelet érysipélateux, la seconde à 3 cent. en arrière de la première.

On se servira d'une seringue de Pravaz sérilisée et l'aiguille enfoncée dans le tissu cellulaire sera retirée peu à peu pendant qu'on fera couler goutte à goutte 1/2 centimètre cube dans chaque piqure. On espacera les injections de 3 cent. environ.

Les sacrifications ont été remises en honneur par Frashe qui pratique sur les plaques des mouchetures et de petites incisions pénétrant soit seule-

ment dans la partie superficielle du derme, soit jusqu'à la couche sous-cutanée.

Il recommande de dépasser de 1 ou 2 cent. les limites de la rougeur, puis de laver avec une solution phéniquée à 1/20 en appuyant assez fortement. Enfin on panse avec des compresses trempées dans la solution phéniquée à 4,5 p. 100. Riedel pratique sur le bourrelet érysipélateux deux séries d'incisions espacées de 1/2 cent. et se croisant à angle droit. Le point d'entrecroisement doit correspondre à la limite de la plaque. Puis on recouvre de compresses imbibées d'une solution de sublimé à un millième et renouvelées trois fois par jour.

La guérison est très rapide. Malheureusement il est souvent nécessaire de chloroformer et, de plus, le traitement laisse quelquefois des cicatrices visibles.

Kuhnert a employé avec succès les scarifications punctiformes pénétrant dans l'épaisseur du derme ; on lave avec une solution d'acide phénique à 50 p. 100 et on panse avec une solution 2,5 p. 100.

A l'exemple de Lucke, Winckler badigeonne 4 à 5 fois par jour les parties malades avec un pinceau et un tampon d'ouate imbibé d'essence de térébenthine rectifiée. On doit protéger les plaies ou les ulcérations avec de la lanoline au sublimé et faire un lavage de la peau à l'alcool et à l'éther avant la première application. Les badigeonnages doivent être faits en allant des parties saines aux parties malades et en recouvrant de ouate fixée par une bande. Chaque badigeonnage est suivi de douleurs et de cuisson. La térebenthine est absorbée ,aussi le traitement est contre indiquée chez les albuminuriques.

Nous pourrions ajouter d'autres topiques à cette liste déjà trop longue. Mais il importe de se borner et de faire un choix. Nos préférences sont pour les pulvérisations de sublimé, pratiquées avec précaution suivant la méthode de Robin. On emploie en même temps les fomentations émollientes et les onctions de vaseline borriquée qui calment rapidement les douleurs.

Hôpital Saint Louis. — M. Du Castel

Herpès gestationis

Sous le nom d'*herpès gestationis*, de *pemphigus gravidarum*, *d'hydrôn gravidarum*, de *dermatose herpétiforme* récidivante de la grossesse (Vidal), de *dermatite polymorphe récidivante* de la grossesse (Brocq), sous ces différents noms, les auteurs ont décrit une affection dont les liens avec l'état gravidique sont incontestables, qui s'observe au cours de la grossesse et disparaissent avec elle. L'éruption est loin d'être constamment bulleuse, et peut, comme dans la forme de dermatite précédente, se présenter sous des aspects multiples : mais, par ses formes bulleuses, cette affection appartient aux affections pemphigoïdes et trouve sa place dans l'étude que nous faisons aujourd'hui.

L'éruption peut se montrer à toutes les périodes de la grossesse, dès la troisième, dès la quatrième semaine ou à une époque plus tardive, c'est le

plus souvent à partir de la dixième semaine qu'on l'observe, elle peut même ne survenir que dans les jours qui suivent la délivrance et alors elle fait son apparition vers le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement.

Chez la même malade l'éruption peut se reproduire au cours de plusieurs grossesses successives : quand l'affection récidive ainsi au cours de plusieurs grossesses, il n'est pas fatal qu'elle débute toujours à la même période de la grossesse ; c'est ainsi qu'au cours de grossesses successives, on a vu l'affection faire son apparition à des mois différents, ou même d'autrefois, tantôt pendant la grossesse, tantôt après la délivrance.

Un fait remarquable, c'est que l'affection présente toujours une exacerbation marquée dans les jours qui suivent l'accouchement.

Chez la même malade, à chaque nouvelle attaque, l'éruption dépasse la précédente en violence et en durée.

Chez une malade de Liveing, une dermatose herpétiforme se manifesta au troisième jour après l'accouchement : ce fut la première manifestation d'une maladie Duhring-Brocq dont les poussées continuèrent à se reproduire en dehors de la grossesse : Brocq a réuni plusieurs observations analogues.

Le début de l'affection est le plus souvent apyrétique : un certain degré de fièvre peut cependant faire partie du cortège symptomatique. L'éruption est précédée pendant un temps plus ou moins long, quelques heures, quelques jours, quelques semaines, de sensations douloureuses, de prurit, de cuisson, de chaleur, occupant des territoires plus ou moins étendus de la peau. Ces sensations douloureuses peuvent revêtir le caractère de douleurs névralgiques. L'éruption fait souvent son apparition première sur les membres supérieurs, quelquefois à la région ombilicale, elle débute par des placards érythémateux simplement hyperémiques ou papuleux, par du prurigo ; puis les vésicules et les bulles font leur apparition. Un certain nombre de celles-ci se montrent sur la peau saine. L'éruption érythémateuse, prurigineuse peut exister pendant des mois à l'état isolé avant l'apparition des bulles ; la première forme a été quelquefois la seule observée pendant tout le cours de la grossesse et les bulles ne se sont montrées qu'au cours de la recrudescence qui suit la délivrance.

Les bulles, comme nous venons de le voir, se forment tantôt d'emblée sur la peau saine, tantôt sur la peau déjà érythémateuse ; elles peuvent être dues à la réunion de vésicules développées au voisinage les unes des autres et devenues confluentes.

Les croûtes, qui succèdent aux bulles, sont le plus souvent minces ; elles deviennent quelquefois d'une certaine épaisseur quand la surface malade a été irritée secondairement.

Après la chute des croûtes, à la place qu'elles occupaient, on observe une tache érythémateuse violacée que remplace une tache pigmentaire lente à s'effacer.

Il est exceptionnel que l'éruption disparaisse au cours de la grossesse ; le plus ordinairement, une poussée violente se produit dans les jours qui suivent l'accouchement ; après elle, la décroissance s'opère et la guérison se fait en quelques semaines. On a vu quelquefois, comme je le disais

tantôt, une dermatite herpétiforme de la grossesse marquer le début d'une dermatite herpétiforme chronique, qui a continué son cours habituel en dehors de la grossesse.

L'intensité de la maladie peut rester la même pendant tout le cours de la grossesse ; l'éruption se maintient à un taux à peu près toujours égal par une série régulière de poussées successives : une certaine atténuation, une disparition complète s'observe quelquefois dans les derniers mois de la grossesse ; mais, même dans ces cas, il est de règle qu'une poussée d'une intensité toute particulière se produise le quatrième ou le cinquième jour après l'accouchement ; c'est après elle que l'affection décroît et s'éteint.

Les phénomènes douloureux prééruptifs subissent souvent une recrudescence au moment où l'éruption se produit ; les douleurs se maintiennent pendant toute la durée de l'éruption et lui survivent généralement pendant quelque temps.

L'état général se maintient bon : l'affaiblissement des malades se proportionne au degré de souffrance et d'insomnie causé par l'intensité des douleurs, beaucoup plus qu'à l'étendue de l'éruption même.

Hydroas

Sous le nom d'hydroas, on décrit des éruptions bulleuses dans lesquelles le soulèvement épidermique et l'érythème sont disposés concentriquement, de façon à former des éruptions à cercles concentriques, à aspect de cocarde ; c'est l'hydroa vésiculeux de Bazin. La caractéristique de cette affection est la production de taches érythémateuse discoïdes portant à leur centre une vésicule ou une bulle autour de laquelle se développent des anneaux concentriques érythémateux, dont la couleur varie pour chaque anneau. Cette affection se fait remarquer par sa facilité récidivante toute particulière (Besnier). La bulle centrale est rapidement remplacée par une croûtelle à peu près aussi caractéristique que la bulle elle-même.

L'éruption débute par l'apparition d'une tache érythémateuse, souvent livide ; au centre, se fait un soulevement épidermique d'abord peu marqué et bientôt remplacé par une croûtelle ; à la périphérie, le décollement épidermique est plus ou moins complet, plus ou moins considérable et l'éruption peut prendre, suivant les points qu'on examine, l'aspect de l'érythème en cocarde, de l'herpès iris ou celui du pemphygus, quand la bulle est largement développée.

Quelques bulles aberrantes, c'est-à-dire non entourées d'une zone érythémateuse, nées sur un point érythémateux, peuvent se rencontrer sur différentes parties du corps en même temps que les lésions que je viens de décrire ; mais la valeur prédominante, au point de vue de la définition de la maladie, reste aux lésions érythémato-bulleuses.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Chirurgie de l'estomac

Le traitement opératoire des cancers de l'estomac a fait, de la part de Kraske, l'objet d'une étude spéciale à la Société de médecine de Berlin. Ce qu'on reproche à l'intervention chirurgicale dans les cancers de l'estomac, c'est que l'opération est pure-

ment palliative, mais il en est des cancers du pylore comme des cancers des autres organes. Il faut donc envisager l'intervention dans le cancer de l'estomac au point de vue de la récidive — et les cas de Kocher et Wolfler montrent que cette récidive ne survient quelquefois qu'au bout de cinq ans, quand on opère au début — il faut aussi considérer le soulagement que le malade retire de l'opération. Or, qu'on fasse la pylorectomie dans les cas récents ou la gastro-entérostomie dans les cas anciens, le résultat est toujours le même ; le malade revient pour ainsi dire à la vie, engraisse, se trouve débarrassé des douleurs, et cela pendant un temps plus ou moins long. Il profite donc de l'opération. Une autre objection, c'est la mortalité post-opératoire dans la pylorectomie et la gastro-entérostomie. Elle est, en effet, de 52 p. 100 environ dans la plupart des statistiques et de 43 p. 100 dans la statistique personnelle de M. Kraske (6 morts sur 14 opérés). Mais il ne faut pas juger une opération d'après les chiffres bruts. Ainsi, la statistique de M. Kraske comprend deux séries distinctes séparées par un intervalle de dix-huit mois ; la première, celle du début, porte sur 6 cas (3 gastro-entérostomies et 4 pylorectomies) qui ont tous succombé ; la seconde comprend 8 cas (1 résection du pylore et 7 gastro-entérostomies), qui ont tous guéri. Ce fait, fréquent dans les statistiques d'autres chirurgiens, montre que les résultats s'améliorent à mesure que le chirurgien acquiert de l'expérience, perfectionne sa technique opératoire et sait mieux juger les indications de l'intervention en général et celles de la résection du pylore et de la gastro-entérostomie en particulier. La pylorectomie, d'après Kraske, n'est applicable qu'aux cancers limités, sans adhérences, et bien entendu sans métastases. Si le cancer est volumineux, M. Kraske fait la résection du pylore, ferme les deux bouts, celui de l'estomac et celui du duodénum, et fait ensuite la gastro-entérostomie. Si la tumeur est petite, il procède d'une autre façon. Il sectionne le duodénum entre un fil de soie et les doigts d'un aide, ouvre ensuite l'estomac au niveau de la grande courbure, sur une étendue de 1 ou 2 centimètres, suture de suite le duodénum à l'orifice, fait ensuite une nouvelle incision de la même grandeur et la suture de nouveau au duodénum, et ainsi de suite, de façon à avoir le duodénum presque entièrement suturé à l'estomac avant la section de ce dernier. L'abouchement du duodénum à l'estomac terminé, il coupe ce qui reste de l'estomac et suture les deux parois l'une contre l'autre. L'avantage de ce procédé, c'est qu'on n'a pas besoin de pince à forcipressure ; que l'orifice est toujours petit et qu'on n'a pas à craindre l'écoulement du contenu gastro-intestinal. Quant à la gastro-entérostomie, que M. Kraske réserve aux cas avancés, chez des malades affaiblis, il l'a fait d'après le procédé de Wolfler, c'est-à-dire la gastro-entérostomie antérieure, en abouchant la première anse du jejunum avec la paroi antérieure de l'estomac. Pendant la période post-opératoire, il faut, d'après M. Kraske, nourrir les malades. Aussi, il donne à ses opérés du lait et du bouillon par cuillerée à café, le jour même de l'opération ; le second jour, on ajoute un œuf, de sorte qu'au bout de huit jours, les malades prennent déjà une nourriture solide. Kraske insiste, de plus, pour qu'on fasse coucher le malade dans le décubitus latéral droit afin de faciliter le passage des aliments à travers l'estomac.

Strom (de Christiana) a, du reste, la même opinion sur la résection du pylore (Procès-verbaux de la Société médicale de Christiania, séance du 11 avril 1894). D'après lui, on n'est aucunement fondé à soupçonner que le cancer de l'estomac ne puisse se guérir, de même que le cancer d'autres organes, à une condition, c'est que l'opération soit faite de bonne heure. Il faut que le diagnostic soit posé au plus tôt et ce chirurgien recommande l'anesthésie sous le chloroforme et l'évacuatioa de l'estomac à l'aide du siphon. La gastroentérostomie ne peut entrer en concurrence avec la résection dans les cas où celle-ci est indiquée. Non seulement la mortalité est aussi grande ou à peu près,

mais en même temps la durée de la vie est plus courte. Après la gastroentérostomie, la santé n'est pas aussi bonne qu'après la résection ; les inconvénients de la dilatation disparaissent, les vomissements cessent, l'opéré peut prendre de l'embonpoint, mais les douleurs continuent. Il faut donc faire la gastroentérostomie pour les cas ou la résection pylorique est contre indiquée, volume de la tumeur, adhérences, métastases, etc.

Non satisfaits de la seule intervention sur le pylore, les chirurgiens cherchent aujourd'hui à réséquer les tumeurs cancéreuses, du reste plus rares, *du cardia*. William Lévy (*Centralb. fur chirurgie*, n° 31, 1894) a fait des expérience sur le cadavre et sur les chiens et voici l'opération telle qu'il la recommande :

1° *Incisions de la paroi abdominale.* — Deux incisions : une verticale allant de la pointe du sternum jusqu'à l'ombilic ; l'autre horizontale, partant à angle droit de l'extrémité inférieure de l'incision verticale et se dirigeant à droite à travers tout la largeur du droit de l'abdomen.

2° *Isolement du cardia.* — Après ouverture de la cavité abdominale, le foie est repoussé en haut et à droite. L'estomac est attiré en bas et à gauche de façon à apercevoir la petite courbure et le méso qu'on sectionne dans sa moitié gauche à partir du cardia. On fait ensuite subir au cardia un mouvement de torsion à gauche afin de lier plus facilement, entre deux ligatures, les artères et les veines coronaires stomachiques.

3° *Isolement de la partie inférieure de l'œsophage.* — Avec des ciseaux on divise la séreuse tout autour du cardia ; on dénude la circonférence antérieure de l'orifice diaphragmatique par lequel passe l'œsophage ; le cardia est alors attiré en bas et isolé, Pour ne pas ouvrir la cavité pleurale pendant l'isolement de l'œsophage, il faut suivre attentivement les mouvement respiratoires : on voit alors le feuillet pleural se tendre comme une voile. L'endroit précis de la plèvre étant déterminé, il ne reste qu'à isoler l'œsophage du tissu conjonctif lâche qui l'entoure.

4° *Résection du cardia ; suture de l'œsophage à l'estomac.* — On commence par suturer la moitié postérieure de l'œsophage à l'estomac par une double série de sutures passées à 1 centimètre environ au-dessus du point présumé de la résection, et on sectionne le cardia en suturant les bords au fur et à mesure de la section. Un aide ferme l'estomac avec les doigts et on procède à la section de l'œsophage en commençant par l'endroit déjà suturé et en suturant l'œsophage à l'estomac au fur et à mesure qu'on avance dans la résection de l'œsophage. Les sutures une fois posées, l'œsophage se trouve solidement fixé à l'estomac. L'opération est terminée par la suture de la paroi abdominale.

M. Roux (de Lausanne) nous donne, dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* du 20 septembre 1894, la curieuse observation d'*un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage*, guéri par le cathétérisme rétrograde. Voici cette observation :

P. L., employé de bureau, âgé de 28 ans, opéré il y a plusieurs années pour des lymphomes du cou, entre à l'hôpital de Lausanne le 27 janvier 1893, et raconte que, dégoûté de la vie par des digestions pénibles depuis quatre ans environ, il a avalé, à Paris, en 1892, un verre à liqueur d'acide nitrique concentré. Ayant bientôt après perdu connaissance, il fut conduit dans un hôpital, après avoir beaucoup vomi à la suite d'ingestion de lait de chaux. Il reste dix jours en traitement (eau de Vichy) et doit bientôt rentrer dans un autre hôpital, rejetant tout ce qu'il ingère. Il est nourri au moyen de lavements. Plus tard on essaie pendant quatre mois l'emploi de sondes et bougies, sans aucun succès. Il finit cependant par tolérer quelque peu de liquide, qui passe assez bien pendant un certain temps ; puis il souffre d'espèces de crises durant deux jours au plus pendant lesquelles aucun liquide ne peut descendre. Il le rejette, au contraire, avec force éructations et un mélange acide et âcre.

M. Roux examine le malade et reconnaît les signes suivants.

A part une cicatrice sous-maxillaire et une pointe de hernie gauche, le malade ne présente aucune anomalie, si ce n'est sa maigreur extrême, il pèse 44 kilos.

L'exploration de l'œsophage fait reconnaître une certaine résistance à 36 cm. de l'arcade dentaire, tandis qu'une sonde assez grosse (conique, mousse ou olive) peut cependant pénétrer jusqu'à 41 cm., mais là, toutes s'arrêtent, même les plus fines. On a beau varier la forme du bout, son calibre, ou bien, comme pour l'urètre, employer un faisceau des bougies les plus petites qu'on enfonce alternativement, aucune ne passe. Le malade, quoiqu'il ne désire plus mourir, accepte facilement l'opération, dont il entend discuter les chances et la technique devant l'auditoire des étudiants. *Opération.* — 1er *temps*: Le 2 février, en narcose à l'éther (morphine atropine), incision classique parallèle au rebord costal gauche sur une longueur de 10 cm. L'estomac est, malgré ses dimensions restreintes, facilement attiré dans la plaie et fixé par une couronne de sutures séro-musculaires traversant en outre tous les plans de la paroi abdominale. Ceci fait, on tamponne à la gaze iodoformée le creux en ovale au fond duquel on voit la séreuse stomacale, et on coud provisoirement, par-dessus ce tampon, deux plis de peau qu'on ramène sur la plaie, afin d'augmenter la résistance aux vomissements.

Tout marche à souhait jusqu'au 8. Comme l'état du malade reste satisfaisant, on attend que l'accolement de l'estomac à la paroi abdominal soit très fort. Le 8, P. annonce une de ses crises et rejette en effet un liquide clair, à plusieurs reprises. Il crachote beaucoup ; de même le jour suivant ; puis tout rentre dans l'ordre, si bien qu'on peut attendre jusqu'au 13 février pour le :

2e *temps.* Incision sans narcose de la paroi stomacale au galvanocautère ; on est obligé de placer quelques pinces hémostatiques malgré la cautérisation.

Après lavage soigneux de l'estomac, on introduit une lampe électrique qui permet de reconnaître aussitôt que la petite courbure est *exactement verticale*, jusqu'à l'entonnoir cardiaque minuscule.

Celui-ci remonte très notablement à chaque mouvement de déglutition que nous commandons au malade.

Une petite sonde urétrale munie d'un fil de soie s'engage facilement dans le cardia et passe sans peine la stricture ; on la pousse au moyen d'un fil mandrin jusque dans le pharynx où elle est saisie et attirée hors la bouche Le fil de soie va servir de conducteur ; à sa partie inférieure on attache, par leur collet, à 80 cm. environ de distance, plusieurs bougies urétrales coniques, à extrémité olivaire, que l'on chasse l'une après l'autre dans le cardia. La résistance commande d'arrêter au diamètre d'environ 5 mm.

Cette bougie-là est engagée aux deux tiers dans l'œsophage et reste à demeure jusqu'au lendemain ; les deux extrémités du fil de soie sont nouées devant le sternum. On nourrit le malade comme ci-devant ; il reçoit en outre trois repas à la façon des gastrostomiés.

Le 14, on réussit à faire suivre dans la stricture des bougies œsophagiennes jusqu'au n° 20 (équivaut au n° 10 de certaines filières) et on laisse pour la nuit le plus gros cathéter urétral en gomme (mi-dur).

Les repas stomacaux sont très modestes, vu l'intolérance du viscère.

Le 15, on passe les sondes œsophagiennes jusqu'au n° 28, en présence des étudiants. Pour la nuit un tube en caoutchouc. Le malade a de fréquentes envies de vomir, pendant les manipulations.

Le lendemain, on tente de passer les bougies par la bouche, laissant le fil conducteur en place; mais, tandis que le n° 24 passe facilement en montant, on peut avec peine introduire par la bouche jusqu'au n° 18. C'est grâce au fil conducteur qu'on attire

maintenant de haut en bas le n° 24 dont l'extrémité massive restera pour la nuit dans la stricture. L'extrémité conique sort au travers du pansement.

Le 18, les nausées ont disparu, mais l'estomac est très intolérable pour les repas injectés.

Le 19 et le 20, on introduit des bougies jusqu'au n° 40, elles passent mieux, lorsque le malade essaie d'abord d'avaler du liquide. Poids du malade 43 kilos.

Dès lors, il essaie lui-même l'introduction des sondes et réussit avec le n° 38. Mais il est assez faible, la fistule permettant aux repas de se perdre en partie.

Le 1er mars, on procède au 3me *temps*. Occlusion de la bouche stomacale en narcose. Dissection des bords de la muqueuse, avivement, suture à la soie. Suture séro-musculaire de l'estomac, puis suture musculaire des parois abdominales et enfin de la peau, au catgut.

Le 2 mars, le malade boit du lait, passe la bougie trois fois dans la journée, se sent mieux. Il pèse 42,4 kilos.

Le 4, il mange une cervelle. L'eczéma chimique autour de la plaie a déjà beaucoup diminué.

Le 6, très léger écoulement par une mince fistule. Le malade mange de tout.

Le 23 mars 1893, P. guéri, pèse 52 kilos et quitte l'hôpital muni d'une grosse bougie qu'il manie en maître.

Je l'ai revu dès lors travaillant dans un bureau, avec bonne mine, l'air content.

Aujourd'hui, il pèse 58 kilos et se trouve en parfaite santé, heureux de subvenir à l'entretien de sa mère.

Tous ses malaises, y compris les troubles digestifs antérieurs à l'accident, ont disparu.

M. Roux fait précéder son observation des considérations suivantes : L'opération a été des plus faciles et le cathétérisme a réussi à la première tentative ; au lieu du miroir, on s'est servi d'une petite lampe électrique, qui a permis à tous nos étudiants de voir pénétrer la sonde dans le cardia très nettement reconnaissable.

L'occlusion de la bouche stomacale n'a nécessité qu'une seule intervention, grâce à la suture étagée.

Enfin, contrairement à la pratique idéale, qui aurait exigé la libération complète de la paroi antérieure de l'estomac, on a laissé le viscère accolé largement autour de la cicatrice, ce qui n'a eu aucun inconvénient et cette adhérence pourra servir dans le cas où une récidive réclamerait une nouvelle intervention.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Traitement de la rougeole simple

I° *Traitement hygiénique*. — Mettre le malade dans une chambre vaste ; lit sans rideaux en dehors des courants d'air ou abrité par un paravent ; pas de lumière trop vive. En été les fenêtres peuvent être laissées ouvertes pendant le moment chaud de la journée ; en hiver maintenir dans la pièce une température de 17 à 18° et aérer directement. Eviter que le malade ne se découvre. Maintenir les enfants couchés de 10 à 15 jours après l'éruption ; première sortie, 20 à 25 jours après l'éruption. Lavages antiseptique de la cavité buccale. Potages, lait, quelquefois un œuf ; ne jamais mettre le malade à la diète ; vin coupé d'eau, sirop de limon coupé d'eau comme boisson. Inutile de donner des tisanes chaudes qui en général répugnent au malade ; au moment de la desquamation onction à la vaseline boriquée et un ou deux bains au borate de soude.

2° *Traitement médical.* — Médication purement symptomatique. Diarrhée du début : restreindre la nourriture, fomentations chaudes sur le ventre, lavements, sous-nitrate de bismuth avec ou sans opium.

Toux très vive et très fatigante :

Alcoolature de racine d'aconit	10 à 20 gouttes
Extrait thébaïque	0 gr. 02 à 0 gr. 05
Sirop d'Ether	10 à 20 gr.
Potion gommeuse	60 gr. (Barbier)

A prendre par cueillerées à café.

Fomentations chaudes sur le cou et le devant de la poitrine, opiacés divers selon l'âge, ou potion bromurée, inhalation de vapeur d'eau.

Conjonctivite trop intense : compresses d'eau boriquée tiède.

Coryza très intense : lavages du nez avec une solution d'acide salicilique chaude à 1 0|00.

Convulsion, éréthisme nerveux : bains tièdes, lotions avec l'eau à la température de la chambre, bromure.

Si l'éruption sort mal rechercher la cause et donner de plus les stimulants diffusibles acétate d'ammoniaque, infusions chaudes, etc.

3° *Traitement des formes cliniques.* — Forme inflammatoire : bains à 30° de 2 à 5 minutes, lotions froides. Si il se produit des troubles respiratoires, des menaces de coma : ventouses sèches le long de la colonne vertébrale, sangsues derrière les oreilles, vésicatoire à la nuque pour exciter les centres nerveux; antipyrine si hyperthermie.

Forme suffocante : provoquer l'éruption, ventouses sèches ou scarifiées, sinapismes promenés sur le corps, frictions stimulantes, excitants diffusibles.

Forme hémorrhagique : Toniques en général, bains tièdes.

Forme ataxo-adynamique: bains froids absolument indiqués, le médecin doit les imposer. Bien surveiller surtout chez les jeunes enfants. Chez eux bain à 22, 23°; chez le adultes à 18°. Au dessous de 2 ans, M. Sevestre s'en tient aux bains tièdes à 30°.

COURRIER

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 29 octobre 1894.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 20 octobre, à quatre heures.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 3 décembre 1894, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours pour six places d'élèves internes.

Le lundi 17 décembre 1894, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour six places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Nota. — Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour six places et celui de

l'externat pour six places, ce nombre pourra être diminué ou élevé si la commission le croit nécessaire.

— L'exercice du service sanitaire a eu lieu à Annet

L'expérience tirait son intérêt de l'essai, fait pour la première fois, pour l'évacuation des malades, du chemin de fer à voie étroite de 60 cent. modèle 1881.

Le train comprenait cinq wagons où étaient installés des appareils à trois étages de brancards pour le transport des hommes blessés gravement. Ces appareils sont reliés aux branches et anneaux des plates-formes pour éviter les secousses.

Ce dispositif a été reconnu le meilleur. Quant aux éclopés ou aux hommes blessés légèrement on avait adopté pour eux des bancs pour les asseoir ou des fascines et de la paille pour leur permettre de s'étendre.

Scixante malades ont été transportés d'Annet à Meaux.

L'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — Dans sa séance de clôture, le Conseil général de l'Yonne a consacré une imposition extraordinaire d'un centime additionnel (soit 32,800 francs) au service de l'assistance médicale gratuite. Avec les contingents communaux et la subvention de l'Etat, les ressources du service atteindront environ 70,000 francs. Les communes auront à fournir 0 fr. 10 par habitant et un franc par indigent inscrit sur les listes d'assistance. Le système adopté est donc, à peu de chose près, le système vosgien.

Le tarif adopté pour les visites médicales est fixé à un franc pour les communes où réside le médecin et deux francs pour les visites de nuit, 15 francs par accouchement avec trois visites comprises, et enfin une indemnité kilométrique de 0 fr. 25 en dehors du domicile du docteur.

Quant au tarif des opérations, il sera arrêté par une commission, ainsi que le tarif des médicaments.

— M. de Neyremand, conseiller à la cour d'appel de Nimes, vient de mourir, léguant aux hospices de Nimes 50,000 francs, au bureau de bienfaisance 1,000 francs.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

— Par suite de la mise en vigueur des décrets du 31 juillet 1893, portant réorganisation des études médicales, et institution dans les Facultés des sciences d'un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, le ministre de la marine a arrêté les dispositions suivantes, de concert avec son collègue de l'instruction publique :

A partir du 1er novembre 1895, ne seront admis dans les trois Ecoles annexes de médecine navale que les jeunes gens pourvus du diplôme du baccalauréat ès lettres et du certificat d'études obtenu dans une Faculté, c'est-à-dire aptes à entreprendre immédiatement leurs études médicales. Ces jeunes gens feront, dans les Ecoles-annexes, leur première année de médecine : après quoi ils concourront pour l'Ecole de médecine navale et coloniale de Bordeaux, où ils ne resteront que trois ans, comme actuellement.

Le programme des cours qui seront professés à Brest, à Rochefort et à Toulon pendant la première année de médecine du nouvel ordre d'études médicales sera fixé en temps utile; cependant, l'anatomie constituera la base de ce programme.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. ROCHARD : Chronique de l'hygiène. — II. DU CASTEL : Dermatite herpétiforme. — III. Revue de la presse française. — IV. Recherches expérimentales sur la transmissibilité de certains néoplasmes. — V. Pathologie exotique. — VI. Courrier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

—

Le projet de loi sur l'impôt des boissons et l'asile de buveurs du département de la Seine. — Désinfection et tranformation des ordures ménagères. — Les fruits toxiques.

Le projet de loi concernant la réforme de l'impot des boissons, que le ministre des finances a soumis le 15 septembre à l'examen des membres du Parlement, donne en partie satisfaction aux hygiénistes. M. Poincaré a tenu compte des vœux que nous avons si souvent fait entendre. Il propose le dégrèvement des droits sur les boissons hygiéniques ; il porte à 200 francs le droit de consommation sur l'alcool; mais il maintient le privilège déplorable des *bouilleurs de cru* sous le couvert duquel la fraude s'abrite et qui contribue, pour une forte part, à répandre dans le pays les alcools de mauvaise qualité qui lui font tant de mal.

J'ai plusieurs fois déjà fait ressortir le danger de maintenir ouverte cette porte par laquelle passent tous les abus (1); et les pouvoirs publics ont fait, à diverses époques, des efforts sérieux pour la fermer; mais leur bonne volonté s'est brisée devant l'opposition des intérêts privés, si fortement représentés dans les Chambre qu'il faut de toute nécessité compter avec eux. C'est ce que le ministre a sans doute compris et, ne pouvant pas aborder la difficulté de front, il a fait son possible pour la tourner.

Tout en continuant à affranchir *de l'exercice et de la déclaration* les propriétaires ou fermiers qui distillent les produits de leurs récoltes, et cela conformément à la loi du 14 décembre 1875, il entoure ce droit de précautions et de réserves sans nombre, afin d'empêcher qu'ils ne continuent à abuser, comme ils le font aujourd'hui, de ce privilège pour se livrer presqu'ostensiblement à la fabrication de l'alcool et à la fraude de l'impôt. Les restrictions formulées par le projet le taux élevé des amendes qu'il propose et qui vont de 500 à 5000 francs prouvent à quel point le mal est grand, et il est à craindre que les 148,000 bouilleurs de cru, qui existent en France ne réussissent à éluder les dispositions qui leur sont contraire et a échapper aux pénalités qui les menacent. Le remède véritable consistait à supprimer complètement ce scandaleux privilège; mais le ministre a senti que les Chambres ne le suivraient pas dans cette voie et il a préféré recourir à des palliatifs que de s'exposer à un échec.

Le projet renferme une mesure que l'hygiène réclamait aussi depuis longtemps, il abaisse à 12 degrés le taux alcoolique des vins. Au-dessus de cette teneur en alcool, ils seront passibles du demi-droit de consommation d'entrée et d'octroi, lorsqu'ils marqueront de 12 à 15 et du droit tout entier entre 15 et 21 degrés. Au-dessus de 21, les vins seront imposés comme

(1) Voyez l'*Union médicale* 1893, premier semestre, n° 20, p. 229 et deuxième semestre, n° 27, p. 315.

spiritueux et payeront les droits sur la quantité d alcool pur qu'ils renfermeront. Cette mesure dont la régie pourra facilement assurer l'exécution, diminuera, sans nul doute, l'abus qu'on fait du vinage dans le Midi et surtout à l'étranger, pour les produits qu'on nous importe.

Si le projet du ministre ne nous donne pas satisfaction complète, il réalise, comme on le voit, une partie de nos vœux, et, comme il est vraisemblable qu'il sera accueilli par les Chambres, il faut que l'hygiène s'en contente pour quelque temps et qu'elle tourne ses efforts vers la répression de l'ivrognerie, en réclamant, avec instances, le rétablissement de l'autorisation préalable pour l'ouverture des cabarets, leur fermeture en cas d'infraction répétée et l'application rigoureuse des lois sur l'ivresse.

Tout cela ne suffira pas pour supprimer l'alcoolisme ; ce serait déjà beaucoup que d'en entraver quelque peu les progrès, car ils sont effrayants, comme l'attestent les chiffres officiels récemment produits par le ministre des finances et que l'*Union médicale* a fait connaître dans son numéro du 8 septembre 1894.

Le péril social que l'alcoolisme représente frappe aujourd'hui tous les esprits ; le Conseil général de la Seine, sentant son impuissance à le combattre, voudrait du moins en pallier les résultats les plus frappants. Il vient de prendre, en faveur des ivrognes, une mesure bienveillante qu'ils apprécieront sans doute et à laquelle les gens sobres ne peuvent qu'applaudir. Il a décidé la création, sur le domaine de Ville-Evrard, d'un établissement destiné à hospitaliser 500 alcooliques et a ouvert, dans ce but, un concours qui sera clos le 30 novembre prochain.

Il n'existe pas encore en France d'asiles pour les buveurs. On n'en trouve même de complets qu'en Amérique. Les *maisons d'ivrognes* (*habitual drunkards homes*) ont été autorisées pour la première fois, en 1854, dans l'Etat de New-York. L'asile de *Fort-Hamilton*, qui y fut fondé à cette époque, est resté le type du genre. Depuis, il s'en est formé d'aussi importants dans d'autres villes. Le *Washingtonian-Home*, à Boston, le *Walnut-Lodge hospital*, à Hartford, reçoivent jusqu'à 300 et 400 clients par an. On y entreprend la cure de l'alcoolisme sous toutes les formes et à tous les degrés.

Il n'existe rien d'aussi parfait sur le continent. Cependant, en Angleterre, il s'est établi, dans les environs de Londres, deux asiles de buveurs dans lesquels on n'est admis qu'après avoir contracté l'engagement par écrit d'y passer un temps déterminé et, lorsqu'on en sort avant l'expiration de son terme, on y est bel et bien réintégré par la police. En Allemagne, l'asile de *Lintorf*, près de Düsseldorf, primitivement destiné à l'amendement des mauvais sujets, s'est transformé, en 1879, en un asile d'ivrognes. Il s'en est ouvert d'autres à *Wilmersdorf*, près de Berlin, à *Morbach*, sur le lac de Constance, à *Zwischenahn* (Oldenbourg). Il existe même, en Allemagne, un asile de ce genre pour les dames du meilleur monde (1).

En France, nous n'avons pas de maisons spéciales pour le traitement des alcooliques, et la création votée par le Conseil général de la Seine constitue une innovation des plus intéressantes pour l'hygiène, qui se préoccupe à bon droit de tout ce qui touche à l'alcoolisme, même quand il s'agit de questions qui sont du domaine de la thérapeutique.

(1) J. Arnould. *Nouveaux éléments d hygiène*, 2e édition, 1889, p. 1070.

M. le docteur E. Marandon de Montyel, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, a fait paraître tout récemment, dans la *Gazette des hôpitaux* (1), un travail très intéressant sur les conditions que l'établissement projeté devra remplir, suivant lui, pour répondre à sa mission. Il faut, dans son opinion, que ce soit un *hospice d'alcooliques* recevant toutes les catégories de buveurs et comprenant quatre divisions : 1° un quartier pour les alcooliques délirants ; 2° une petite section pour les gâteux ; 3° une infirmerie pour les malades ; 4° enfin, la division principale, renfermant les buveurs en voie d'amélioration et devant avoir pour annexes des ateliers pour les cordonniers, les tailleurs, les forgerons, etc., et une ferme pour les ouvriers agricoles, avec des champs de culture assez étendus pour les occuper tous.

Nous faisons des vœux pour que l'établissement projeté par le Conseil général ait le même succès que ceux qui existent en Amérique, et nous ne voyons pas de raisons pour qu'il en soit autrement.

— L'enlèvement des ordures ménagères est, comme on le sait, une grosse dépense pour la ville de Paris. Nous avons fait connaître le fonctionnement de ce service et les tentatives faites pour détruire les gadoues par l'incinération (2). Au mois de juillet dernier, le préfet de la Seine a demandé, au Conseil municipal, un premier crédit de 25,000 francs pour faire de nouveaux essais. Les appareils seront installés dans l'usine de Javel où l'administration des travaux a déjà établi la fabrication des pavés de bois et des balais-rouleaux nécessaires à la ville de Paris.

Il est à désirer que cette tentative réussisse si elle peut arriver à nous débarrasser des dépôts de voierie qui infectent la banlieue. On peut regretter sans doute la nécessité de dépenser de l'argent pour détruire un engrais qui pourrait fertiliser nos campagnes. Il en est tant qui manquent de fumier ? On en a fait l'essai. On a essayé d'expédier ces produits dans la Champagne et dans la Sologne, soit par eau, soit par terre. On a donné toutes les facilités possibles d'embarquement sur les canaux ; on a abaissé les tarifs de chemins de fer ; mais il a été impossible de se débarrasser ainsi d'une partie appréciable des ordures ménagères produites par la ville de Paris et qui s'élèvent, comme nous l'avons dit, à 2,000 mètres cubes par jour environ. Cette question de quantité est toujours la pierre d'achoppement contre laquelle viennent se heurter toutes les mesures de voierie qu'il s'agisse de gadoues ou de vidanges. Il faut renoncer aux solutions uniques, pour en adopter de multiples, exporter le plus possible de gadoue dans les départements où les terres stériles peuvent en réclamer, en brûler ce qu'on pourra et en entasser le moins possible sur les routes de la banlieue et aux portes de Paris.

Ceci nous conduit à parler d'un nouveau mode de traitement des ordures ménagères auquel on vient de recourir aux Etats-Unis. La ville de Saint-Louis a consacré plus d'un million à l'installation d'une usine pour la transformation de ses détritus.

L'*American Architect* donne sur cette exploitation les renseignements

(1) *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, nos des 18 et 22 septembre 1894.

(2) Incinération et enlèvement des ordures ménagères, *Union médicale* 1893, 1er semestre, n° 10, p. 110.

suivants : Les tombereaux qui charrient les gadoues arrivent, par un plan incliné, à la partie la plus élevée de l'usine et versent leur contenu dans d'énormes cylindres verticaux entourés d'une enveloppe dans laquelle circule un courant de vapeur surchauffée. Sous l'influence de cette température, l'eau que ces matières contiennent s'évapore ; on la condense ensuite et on la rejette dans les égouts.

Lorsque les ordures sont ainsi desséchées, on remplit les cylindres de pétrole qui dissout toutes les matières grasses. Ce pétrole est ensuite pompé et distillé. Ses vapeurs sont condensées pour être utilisées de nouveau, tandis que son résidu graisseux et brunâtre est mis en barriques pour être ultérieurement blanchi et servir à la fabrication des savons. Enfin le contenu des cylindres, après ce double traitement, en est extrait sous la forme d'une masse brune, sans odeur, qui ne renferme plus que 5 à 6 0|0 d'eau, mais qui contient encore de l'azote et des phosphates qui en font un excellent engrais. On la broie grossièrement et on la vend, au prix de 45 à 60 francs la tonne, aux agriculteurs qui en font très grand cas. Il paraît que l'offre ne peut pas suffire à la demande.

— Nous avons parlé dans un autre article(1), de la teinture des fruits qui se pratique à l'aide des matières colorantes sans nombre qu'on extrait aujourd'hui de la houille et qui ne peuvent pas être inoffensives pour les personnes qui les absorbent ; aujourd'hui, il s'agit d'un autre danger que les fruits peuvent présenter. On les soumet, dans certains pays, à une pratique qui tend à se répandre en Amérique, où ces observations ont été faites.

Pour détruire les parasites végétaux et animaux qui les couvrent, on a pris l'habitude de répandre sur les fruits, par voie de pulvérisation, des composés minéraux tels que des sels de cuivre et d'arsenic.

Des expériences ont été faites à ce sujet, au collège d'Etat de l'agriculture du Michigan, pendant plus de deux ans et le Bulletin de cette institution en a fait connaître les résultats. Dans tous les cas, on a retrouvé, sur les fruits traités de cette manière, une quantité appréciable et parfois très notable des sels employés.

Les expériences ont également démontré qu'une partie de ces sels traverse l'enveloppe et se retrouve dans la pulpe.

Le docteur Kedzie, qui a dirigé ces analyses, fait remarquer que l'emploi des poisons en horticulture dépasse de beaucoup le besoin. Il suffirait pour détruire tous les parasites de la moitié ou du tiers de ce qu'on en consomme d'habitude. Dans tous les cas, on devrait s'abstenir de cette pratique lorsque les fruits arrivent à maturité et approchent du moment où on va les cueillir.

Jules ROCHARD.

(1) Voir l'*Union médicale* du 29 septembre 1894.

Hôpital Saint-Louis — M. Du Castel

Dermatite herpétiforme (1)

Nous avons étudié successivement une affection où la bulle existe à l'état isolé et sur une peau saine, le pemphigus vrai ; une affection dans laquelle la bulle se trouve combinée, dans des proportions variables, mais constantes, avec des lésions érythémateuses, les érythèmes bulleux.

La dermatose que nous allons étudier aujourd'hui est caractérisée par le polymorphisme de son éruption ; à côté des bulles, vous rencontrerez des lésions érythémateuses, vésiculeuses, papuleuses. En même temps, vous pourrez constater l'intensité des phénomènes douloureux qui précèdent, accompagnent ou suivent l'éruption ; la longue durée et la répétition indéfinie des poussées éruptives ; mais, à côté de ces manifestations extérieures graves, vous relèverez la résistance pour ainsi dire indéfinie de l'état général ; la possibilité de la guérison dans nombre de cas. Ce type morbide, qui a été décrit dans ces derniers temps sous les noms de dermatite herpétiforme (Dühring), dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives (Brocq), dermatose herpétiforme récidivante (Vidal), hydrodermies multiformes (Besnier), n'avait pas échappé à nos devanciers : Bazin avait senti la nécessité de le séparer des pemphigus communs et en avait fait ses arthritides bulleuses, qui comprenaient l'hydroa bulleux ou pemphigus à petites bulles et le pemphigus arthritique. L'hydroa herpétiforme et l'hydroa pruriginosum de Tilburry Fox n'étaient évidemment, comme le fait remarquer Dühring, que des exemples de cette affection.

C'est à Dühring qu'on doit d'avoir mis en relief, dans sa description de la dermatite herpétiforme, l'affection que nous allons décrire. M. Brocq, dans son étude de la dermatite polymorphe chronique prurigineuse à poussées successives (*Annales de dermatologie*, 1888), a établi définitivement l'existence et précisé les caractères de ce groupe morbide auquel vous entendrez souvent donner le nom de maladie de Dühring, maladie de Brocq, maladie Dühring-Brocq.

L'éruption de la maladie Dühring-Brocq est précédée, pendant plusieurs jours, de sensations douloureuses très accusées : démangeaisons, cuisson, picotements, élancements, le prurit est souvent intense. Ces sensations douloureuses peuvent être assez pénibles pour priver le patient de sommeil.

Les premières manifestations éruptives se font cependant de préférence sur les membres inférieurs et supérieurs, le plus souvent au voisinage des articulations, des coudes, des genoux.

C'est un élément important pour le diagnostic des affections bulleuses que la notion du point où se montrent les premières bulles. Kaposi ne peut pas admettre qu'on range dans la maladie de Dühring des cas dont le début s'est fait par la face dorsale des extrémités : il réclame pour le pemphigus les éruptions qui débutent par la région sternale ou le cuir chevelu et qui appartiennent presque fatalement aux cas graves et mortels. Unna professe une opinion analogue. M. Besnier insiste, avec juste raison, sur le mode de début différent des diverses affections pemphigoïdes : quand le début se fait d'une façon précise et avec un synchronisme parfait par le dos des

(1) *Union médicale* n° du 6 avril 1893, p. 488.

mains, il y a lieu de repousser la pensée d'un pemphigus et d'adopter celle d'un érythème ; les éruptions qui débutent par le tronc sont souvent l'entrée en scène d'un pemphigus ; la dermatite polymorphe, nous venons de le voir, a volontiers ses premières manifestations sur la continuité des membres, principalement au voisinage des articulations.

Le début de l'éruption est loin de se présenter toujours dans des conditions identiques : il peut se faire par des lésions érythémateuses, par des lésions vésiculeuses, bulleuses ou pustuleuse. La région par laquelle l'éruption débute n'a rien de fixe : celle-ci commence tantôt sur la paume des mains ou la plante des pieds, sur les poignets, sur les membres inférieurs ou sur les membres supérieurs, tantôt sur l'abdomen, sur le thorax, sur la figure ; les muqueuses, particulièrement la muqueuse buccale, peuvent être la première région atteinte. L'éruption peut éclater sur plusieurs régions à la fois.

L'éruption présente une grande tendance à la généralisation ; il est rare que la totalité de la surface du corps ne se trouve plus ou moins rapidement envahie, et les parties symétriques du corps sont, dans la plupart des cas, simultanément atteintes.

La maladie de Dühring se comporte, relativement aux muqueuses, d'une façon différente des affections que nous avons étudiées précédemment.

Le pemphigus, lui, se fait remarquer par son affection prononcée pour les muqueuses buccale, linguale, pharyngée : celles-ci peuvent être le siège premier de l'affection ; pendant toute la durée du pemphigus on les voit se prendre à nouveau facilement, avec intensité. Il n'est point dans les tendances de la dermatite polymorphe d'atteindre aussi constamment les muqueuses ; celles-ci échappent dans la plupart des cas à l'éruption, ou bien elles ne sont que légèrement touchées. Les érythèmes, je vous l'ai montré dans la précédente leçon, occupent une situation intermédiaire ; il faut cependant faire une réserve pour les variétés dites hydroas, au cours desquels il n'est pas rare de voir les muqueuses de la bouche atteintes d'une façon intense.

La muqueuse buccale est la plus souvent atteinte au cours de la maladie de Brocq-Dühring ; mais il est encore impossible de se prononcer d'une façon positive sur la fréquence relative des lésions de cette muqueuse. Les lésions de la muqueuse buccale se présentent sous forme de bulles, d'érosions, d'ulcérations analogues à celles du pemphigus. La muqueuse nasale, celle de l'urèthre (Brocq) peuvent probablement aussi être atteintes.

Les bulles se forment tantôt par la fusion d'un certain nombre de vésicules voisines, tantôt elles sont dues au soulèvement immédiat d'une vaste surface épidémique ; elles peuvent naître sur une base érythémateuse, se développent subitement sur la peau saine et ce n'est qu'ultérieurement qu'un cercle érythémateux se développe à leur pourtour. Leur contenu est transparent et citrin, quelquefois hémorrhagique : graduellement il devient trouble et séropurulent. Quand les bulles sont petites, quand l'éruption est vésiculeuse, on voit sur certains points les lésions vésiculeuses et bulleuses se rassembler en ces groupes arrondis qui ont valu à la maladie la qualification de dermatite herpétiforme adoptée par Dühring.

Aux bulles succèdent des croûtes minces, jaunes ou brunes dont la chute laisse à découvert une surface de coloration rouge, plus ou moins pigmen-

tée, sans cicatrice, formée par le derme recouvert d'une mince couche épidermique.

Les bulles peuvent avoir tous les caractères de la bulle du pemphigus vrai ; elles sont nettement globuleuses, transparentes et reposent sur une peau aux apparences absolument normales. Quand l'affection vieillit, il est fréquent de voir les bulles rester plus molles, plus flasques, moins distendues, formées par la réunion de bulles petites ou de vésicules.

Le liquide, renfermé dans les bulles est albumineux et se trouble par la chaleur ; Brocq a constaté qu'il est acide dans les bulles récentes, alcalin dans les bulles anciennes : on n'a pu y découvrir un microbe causal ; les auto-inoculations sont restées sans résultat.

L'évolution d'une bulle peut se faire en 8 à 20 jours ; elle demande quelquefois davantage (Brocq).

Une tache pigmentée survit assez longtemps à l'évolution d'une bulle et, quand l'éruption a été abondante, la surface du corps peut en être criblée.

Le processus pathologique reste superficiel ; les infiltrations profondes du derme et de l'hypoderme font défaut. M. Brocq insiste sur le peu de tendance qu'ont les lésions de la dermatite polymorphe douloureuse à laisser à leur suite des lésions cicatricielles ; celles-ci ne se produisent guère qu'à la suite des lésions secondaires provoquées par le grattage ou les inoculations accidentelles.

L'éruption n'est habituellement pas exclusivement bulleuse, elle présente, le plus souvent, à côté des bulles, des lésions érythémateuses, papuleuses-vésiculeuses, pustuleuses, ecthymateuses ; elle est à la fois et dans des proportions variables, papuleuse, urticarienne, vésiculeuse, bulleuse. Cette polymorphie est une de ces caractéristiques de la maladie de Dühring.

La dermatite herpétiforme peut se montrer polymorphe au cours d'une seule poussée ; des lésions d'espèces différentes se montrent simultanément dans des points différents du corps ou dans une même région, les unes érythémateuses, les autres papuleuses ou urticariennes, les autres vésiculeuses ou bulleuses. Le polymorphisme peut ne se montrer qu'au cours de poussées successives, c'est ce que vous observez chez la malade couchée au n° 30 de la salle Lorry, que nous soignons depuis plus de deux ans et chez laquelle l'éruption se montra, suivant les poussées, papuleuse, bulleuse, et est aujourd'hui eczématiforme.

Le polymorphisme de l'éruption, comme vous le montre l'étude de cette malade, ne s'observe pas toujours à tous les moments de la maladie, dans toutes les poussées ; chaque poussée peut apparaître avec des caractères particuliers, celle-ci érythémato-bulleuse, celle-ci bulleuse pure : la polymorphie n'est pas synchrone, elle est successive et n'existe que quand on suit l'éruption dans la série de ses poussées.

Le polymorphisme, il faut bien vous le rappeler, n'est pas une qualité propre à la maladie de Dühring, à elle exclusive ; vous le retrouvez dans le prurigo de Hebra, dans les prurigos parasitaires anciens, dans les toxidermies dont il constitue une des caractéristiques ; toutes ces affections, modifiées par les irritations extérieures et par les infections secondaires, peuvent revêtir des aspects qui se rapprochent de celui de la maladie de Dühring. Si le polymorphisme doit éloigner la pensée d'un pemphigus vrai, il est loin de permettre à lui seul d'émettre le diagnostic de maladie de

Dühring ; pour établir celui ci d'une façon ferme, il faut aussi la chronicité d'une part, la répétition des poussées éruptives d'autre part : ce sont les deux termes complémentaires de la définition de Brocq : dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives ; il est encore un terme dont il faut tenir un compte capital, c'est l'addition des phénomènes douloureux.

Les phénomènes douloureux sont de formes différentes, picotements, fourmillements. cuisson, brûlure, tension douloureuse ; mais parmi tous ce sont les démangeaisons qui tiennent de beaucoup la première place. Les sensations douloureuses peuvent être accentuées au point de rendre la vie du malade insupportable; elles peuvent précéder, accompagner, suivre l'éruption ; généralement, leur intensité est en proportion de l'importance de celle-ci ; elles peuvent rester localisées aux points occupés par l'éruption, occuper des points plus étendus du corps, voire même se généraliser. La rupture des vésicules et des bulles est, pour beaucoup de malades, suivie d'un certain soulagement, ce qui pousse le patient à rompre bulles et vésicules pour éprouver le soulagement que la rupture apporte après elle.

La douleur peut être continue ; elle présente, en tout cas, un certain nombre d'exacerbations quotidiennes pendant lesquelles l'angoisse des malades est extrême, qui entraînent à leur suite une insomnie parfois presque complète. Il est facile de comprendre le degré d'agitation nerveuse dans lequel tombent les malades soumis à de telles souffrances ; le retentissement qu'un pareil état amène sur leur santé générale est quelquefois considérable : il n'est pas exceptionnel de voir des idées de suicide se présenter à l'esprit du patient comme le seul moyen possible d'apporter un remède à ses souffrances.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

Lésions diffuse des membres dans la tuberculose articulaire. — M. A H. Pilliet A publié sur ce sujet un mémoire important dans les archives de Médecine expérimentale. Il est arrivé aux résultats suivants :

On rencontre dans un membre atteint de tuberculose des lésions qui remontent à des distances étendues, quelquefois à peine croyables, et qui ne respectent aucun des tissus du membre. Elles ont deux formes principales : la sclérose ou myxo-iclérose inflammatoire, et l'adipose inflammatoire que l'on retrouve se balançant dans chaque tissu. La sclérose parait plus en rapport avec les lésions atténuées, en voie de guérison, l'adipose avec un état dégénératif accentué. Il est curieux de constater que cette adipose inflammatoire, dont l'origine tuberculeuse a été constatée pour réfaire, soit précisément la forme de tuberculose diffuse qui se retrouve le plus fréquemment dans les membres.

En elles mêmes ce sont là deux formes banales d'infection chronique mais elles empruntent une certaine valeur à leur fréquence, à leur disémination et à leur association dans la tuberculose. Leurs caractères généraux qui leur sont communs avec ceux des dégénérescences produites par les agents toxiques indiquent qu'elles sont sans doute liées à la présence de toxines secrétées par les parasites habitant les follicules tuberculeux.

Elles montrent bien que la tuberculeuse, comme la lèpre, qui pigmente de même

l'épiderme comme la syphilis, a trois formes : elle est au point de vue anatomique, diffuse nodulaire ou cicatricielle. Nous n'avons pas à parler de cette dernière forme dans les membres puisque nous parlons de tuberculose en action ; nous rappellerons seulement qu'on la rencontre seule dans les coxalgies et les affections vertébrales guéries par ankylose et qui sont assez fréquentes dans les asiles de vieillards. On y retrouve les mêmes transformations fibreuses que dans la plévre ou le poumon cicatrisés relevant du processus tuberculeux, bien qu'on n'y rencontre aucun nodule ; seulement la périoste cicatrisé détermine la production d'ostéophytes périphériques à l'os, que nous avons rencontrés dans une de nos observations et qui complètent la consolidation osseuse. Ce qui diffèrencie la plèvre du périoste dans ce cas, ce n'est pas la nature même de l'évolution tuberculeuse ; ce sont les propriétés de tissu qui sont distinctes.

Ainsi dans les membres, comme dans le poumon et dans le foie, les formes anatomiques de la tuberculose seront au nombre de trois. D'abord une forme, diffuse dans la prétuberculose, que l'on n'observe guère qu'à l'état isolé, sauf dans les cas expérimentaux. Puis, la forme nodulaire, qui est la plus commune chez l'homme, mais qui est loin d'être unique et qui n'est jamais isolée, les différents aspects de la forme précédente l'environnant toujours ; et enfin la forme de guérison. On voit donc que l'anatomie pathologique de la tuberculose est loin d'être tout entière enfermée dans le cadre des lésions nodulaires.

L'application pratique à tirer de ces faits en découle d'elle même. Il faut savoir qu'autour d'une articulation atteinte tous les tissus sont pris ; c'est la scrofule quarternaire de Bazin. L'examen méthodique de la peau, de sa coloration, de son épaisissement, celui des réactions des muscles et des nerfs pourra révéler jusqu'à quelle hauteur le membre est infecté ; et par conséquent permettre au chirurgien d'évaluer d'un façon aussi preüse que possible la résistance des tissus qu'il devra inciser et réunir ensuite, résistance qui augmente naturellement à mesure que leur degré d'intoxication diminue. On pourra ainsi éviter de porter de bistouri dans des muscles qui sont indemnes en apparence de la tuberculose mais dont l'état lardaée trop souvent attribué à l'immobilité des jointures qu'ils commandent dénotent une prétuberculose étendue et un empoisonnement des tissus qui favorise éminemment les récidives lécales après les opérations pour tumeur blanche.

Recherches expérimentales sur la transmissibilité de certains néoplasmes, par

H. Morau.

Le travail publié par M. Morau vient couronner à une série de recherches sur le même sujet. Il montre que :

1° Les épithéliomas cylindriques de la souris blanche sont inoculable par greffe à des animaux de la même espèce;

2° L'hérédité joue un rôle considérable dans le développement de ces néoplasmes en préparant le terrain de leur évolution ;

3° Ces néoplasmes se généralisent, la généralisation en est hâtée par un trauma quelconque ;

4° La gestation accélère l'évolution de ces néoplasmes ;

5° Ces néoplasmes possèdent une virulence variable qui peut amener la déchéance de l'organisme ;

6° A mesure qu'ils évoluent dans les organismes nouveaux, mais d'espèce animale ces néoplasmes deviennent moins inoculables et moins virulents ;

7° Ces néoplasmes non ulcéré ne renferment pas de bacteries ; ulcérés ils renferment toutes les bacteries de la suppuration.

PATHOLOGIE EXOTIQUE

Les recherches bactériologiques se poursuivent en pathologie exotique. M. le docteur Du Bois Saint-Séverin a étudié, dans les *Archives de médecine navale* (juin 1894), le *panaris des pêcheurs* où existerait un nouveau microbe, le *microbe rouge de la sardine.*

Dans les stations de pêche, les panaris sont très fréquents et les médecins de la marine les ont toujours considérés comme une maladie professionnelle des pêcheurs. A Terre-Neuve et en Islande, le panaris sévit parfois sur les équipages sous la forme épidémique, et Fonssagrives l'appelle « le fléau des grandes pêches », dans son traité d'hygiène.

Il est moins fréquent parmi les pêcheurs de harengs de la mer du Nord. Ces panaris dérivent sans doute de l'appât employé ou boëtte qui n'est que du poisson altéré.

En dehors des panaris, les pêcheurs de Miquelon présentent sur les doigts des éruptions vésiculeuses et des phlyctènes pleines de pus qui restent limitées au derme, mais peuvent devenir le point de départ d'un panaris ou d'un phlegmon de la main ou même du bras.

L'auteur croit qu'en dehors des microbes pyogènes vulgaires, plusieurs microbes de la putréfaction du poisson peuvent amener ces panaris épidermiques et sous-dermiques.

Il a retrouvé dans des boîtes de sardine mal conservées des microbes spéciaux donnant dans la couche supérieure de la boîte une teinte rouge vif. C'est un cocco-bacille très mobile, réuni deux à deux, à peine plus long que large et mesurant de 0,5 à 0,6 μ. Il prend facilement toutes les couleurs d'aniline et les perd aussi facilement et résiste au Gram. La culture sur plaques donne de petits points jaunâtres entourés d'une zone de liquéfaction au bout de 48 heures et donnant une teinte rose au centre.

Il liquéfie rapidement la gélatine en entonnoir. Sur pomme de terre il manifeste la teinte rouge en huit heures.

Une petite épidémie de panaris survint chez les soudeurs en même temps que le rouge apparaissait dans les boîtes de sardines qu'ils manipulaient. Le pus de leur panaris ensemencé n'a donné aucun microbe ordinaire de la suppuration.

L'inoculation du microbe rouge au lapin n'a, il est vrai, donné lieu à aucun symptôme.

Mais, mélangé avec un bacille mince, anaérobie, offrant dans le bouillon un aspect sporulé et de longs vibrions, le microbe rouge inoculé donne un abcès chez le lapin.

M. Du Bois Saint-Séverin en conclut que le panaris des soudeurs a été causé, en dehors des microbes ordinaires pyogènes, par l'association de deux microbes de la putréfaction du poisson dont l'un jusqu'ici inconnu présente un intérêt tout particulier au point de vue chromogène. Par analogie les panaris des pêcheurs doivent être rapportés à la présence des nombreux microbes de la putréfaction du poisson qui sert à amorcer les lignes.

M. James Walker vient aussi d'étudier les *parasites intestinaux dans le béribéri.* Sur 927 cas de béribéri traités pendant les cinq dernières années à Sandakaw (British North

Borneo), 887 malades furent examinés au point de vue de la présence de parasites intestinaux dans les selles. On trouva :

L'ankylostome duodénal dans 756 cas, soit 85.5 0[0 ; le trichocéphale dans 281, soit 31.5 0[0 ; l'ascaride lombricoïde dans 155, soit 17.4 0[0 ; l'oxyure vermiculaire dans 123, soit 13.8 0[0 ; le distome dans 2, soit 0.20 0[0 ; des parasites divers dans 24, soit 2.60[0 ; l'acare dans 3, soit 0.3 0[0.

L'ankylostome n'est généralement pas très fréquent parmi la population indigène ; sa prédominance dans le béribéri doit donc avoir une certaine valeur. Certes, ce parasite ne peut pas être considéré comme étant l'agent pathogène essentiel du béribéri, mais il pourrait être une cause prédisposante de cette maladie, dont il constitue, en tout cas, un facteur d'aggravation. La cause des deux maladies — béribéri et ankylostomie — se produirait simultanément en dehors de l'organisme, les conditions qui favorisent le développement de l'ankylostome (malpropreté et eau stagnante) étant éminemment favorables au développement du germe du béribéri.

Des recherches minutieuses faites au point de vue de l'étiologie du béribéri ne laissent aucun doute sur la propagation de cette maladie par l'eau, ce qui amène à recommander de faire bouillir et de filtrer l'eau potable dans les régions infectées par le béribéri. Quant au traitement, il faut avant tout procéder à l'examen des selles de tous les individus atteints de béribéri pour s'assurer de la présence d'entozoaires, dont l'expulsion constitue la première indication à remplir dans la thérapeutique de cette affection.

COURRIER

— Une épidémie de diphtérie éclate dans une localité de l'Etat de New-York et atteint plusieurs habitants d'une fromagerie des environs, tels que l'enfant du propriétaire et un des ouvriers occupés à la fabrication des fromages. Le conseil d'hygiène fit immédiatement fermer la fromagerie et procéder à l'examen bactériologique des fromages faits depuis l'apparition de la maladie. Les recherches faites au laboratoire de bactériologie de New-York ont démontré que ces fromages contenaient le bacille de Lœffler.

La présence de l'agent spécifique de la diphtérie n'avait pas encore été constatée dans le fromage et ceci montre avec quelle vigilance les autorités doivent veiller pour sauvegarder la santé publique.

— Veux-t-on savoir ce qu'il roule de cadavres de tous genres dans la Seine ?

Pendant l'année 1893, en laissant de côté les cadavres humains, on a retiré du fleuve 5,652 chiens, 3,307 chats, 9,108 rats, 1,720 poulets ou faisans, 3,942 oiseaux divers, 1,209 lapins, 789 porcs, 7 veaux, 4 hérissons, 33 chevaux, 15 moutons, 2 poulains, 13 singes, 6 serpents.

Ce qui fait le total de 28,807 cadavres d'animaux.

A PROPOS DE LA LÈPRE. — Il y a quelque temps, la législature de la Louisiane a nommé une commission avec pleins pouvoirs de prendre les mesures nécessaires pour faire disparaître la lèpre dans cet Etat. Cette commission a commencé ses travaux et elle se propose de faire construire à la Nouvelle-Orléans un vaste lazaret dans lequel seront internés et soignés tous les lépreux trouvés dans les limites de la Louisiane.

Ce ne sera pas la première fois que l'on établira dans cette ville un lazaret pour les lépreux. Déjà en 1789, le gouverneur fit construire un établissement, près de la Nouvelle-Orléans, dans une partie de la région appelée Métairie et qui prit dès lors le nom

de Terre aux lépreux. On parvint ainsi à faire disparaître presque complètement la lèpre ; mais, depuis, on ne s'en est plus guère occupé, et d'après des rapports officiels il y aurait actuellement en Louisiane environ 500 lépreux, dont 50 au moins à la Nouvelle-Orléans même.

D'après la nouvelle loi, tous les individus atteints de la lèpre devront, à l'avenir, être internés et complètement isolés. De plus, les peines de l'emprisonnement et de l'amende pourront être appliquées à toute personne qui sera reconnue coupable d'avoir donné asile à un lépreux.

Ajoutons qu'il existe à Bayou-Lafourche une véritable colonie de lépreux, et l'on craint de se heurter à de graves difficultés pour les interner. Ces lépreux ont essayé, il y a quelques années, d'envoyer leurs enfants aux écoles publiques de Lafourche. Il en est résulté de vives protestations, et déjà, à cette époque, il a été question d'isoler tous les lépreux. Depuis lors, les lépreux de Lafourche ont formé une espèce de colonie ; ils vivent à part, ont leur école, leurs magasins particuliers et même leur église dont le curé est un prêtre italien atteint lui-même de la lèpre.

A mesure que les travaux se multiplient sur l'apparition et l'extension de la lèpre en Nouvelle-Calédonie, on voit que non seulement la maladie est contagieuse, mais que sa puissance de diffusion est considérable pour ces populations primitives, et même pour les Européens quand ils n'ont pas appris à se tenir sur leurs gardes. C'est ce qui est démontré par l'exposé des faits que M. le docteur Grall, médecin en chef des colonies, vient de faire, après MM. Forné, Legrand, etc.

L'enquête minutieuse à laquelle notre confrère s'est livré, en partant des foyers primaires et en suivant la maladie dans chaque tribu, permet de saisir sur le vif les dommages que peut entraîner l'abstention. Elle prouve qu'il est nécessaire de prendre vis-à-vis des lépreux des mesures d'isolement, car on ne peut, sans danger pour la population saine, les admettre à vivre en quelque sorte de la vie commune.

(*Semaine médicale.*)

Les étudiants bulgares en France. — Le nombre des Bulgares faisant leurs études universitaires en France a considérablement augmenté depuis ces derniers temps, les étudiants en médecine surtout forment un contingent sérieux.

Pendant assez longtemps, de nombreux étudiants bulgares avaient fréquenté les Universités suisses, mais aujourd'hui le gouvernement de leur pays refuse la validité en Bulgarie des diplômes délivrés en Suisse.

A la suite de cette mesure, 292 étudiants bulgares se sont fait immatriculer dans des Facultés françaises, dont environ 100 à Montpellier, plus de 80 à Paris, 30 à Nancy, 24 à Bordeaux et 15 à Marseille et à Toulouse. On prévoit que d'autres s'y rendront encore et que 350 à 400 jeunes Bulgares iront terminer leurs études dans les facultés françaises.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Valude : Tumeurs bénignes et malignes des paupières. — II. Du Castel : Dermatite herpétiforme. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Jugement — V. Courrier.

Tumeurs bénignes et malignes des paupières

Par M. le Dr Valude, médecin de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts

—

Chalazion. — Le chalazion doit être considéré comme un *granulome* (néoplasie inflammatoire) consécutif à la rétention des produits de sécrétion dans les glandes de Meïbomius.

C'est une affection essentiellement bénigne qui succède directement à une adénite et périadénite des glandes tarsiennes, qui sont précédées elles-mêmes d'une rétention des produits épithéliaux dans ces glandes. La marche envahissante de la néoplasie inflammatoire aboutit à la destruction du cartilage tarse, et la tumeur, alors constituée, suivant le côté où elle s'est ouvert un passage, fait saillie sous la conjonctive (chalazion interne) ou vers la peau (chalazion externe).

On a trouvé dans la structure du chalazion non seulement des cellules embryonnaires et des débris épithéliaux, qui en sont les éléments constitutifs, mais des microbes, lesquels, à la vérité, ne paraissent jouer qu'un rôle très secondaire dans la production de l'affection ; leur influence pathogénique n'est pas, en tous cas, absolument établie.

Etiologie. — L'étiologie est assez obscure, car il est difficile de se rendre compte de ce qui peut amener l'irritation des glandes tarsiennes et leur obstruction. Toutefois, l'hyperhémie chronique des bords palpébraux, les blépharites constituent une des causes les plus ordinaires du chalazion, et la raison en est facile à saisir.

Symptômes. — Le chalazion se caractérise par une petite tumeur dure, arrondie ou ovalaire, grosse comme un petit pois ou un grain de maïs, qui fait saillie sous la peau de la paupière, ordinairement à 2 millimètres de la rangée des cils.

La peau n'est pas altérée et conserve son aspect normal ; elle est généralement mobile sur la tumeur, ce qui s'explique quand on sait que le siège du mal se trouve dans l'épaisseur du cartilage tarse, dans le segment profond des tissus palpébraux.

Lorsqu'on renverse la paupière, on voit sur la conjonctive palpébrale, au niveau correspondant de la tumeur, une aréole vasculaire, parfois même une saillie bourgeonnante et rouge, qui montre bien que la néoplasie inflammatoire est là toute proche. Si la saillie interne n'est pas aussi considérable généralement que l'extérieure, c'est que la paupière est fortement appliquée sur le bulbe oculaire, et que la tumeur tend à s'étendre vers le dehors, là où il existe le moins de résistance.

Du reste, il est important au point de vue pratique, de distinguer deux sortes de chalazions : 1° ceux qui font saillie à la peau et qui sont à peine

visibles du côté de la conjonctive, ce sont les chalazions externes ; 2° ceux dont la saillie prédomine à la face conjonctivale de la paupière, ce sont les chalazions internes.

Cette variété de néoplasme a pour caractère de se multiplier sur le même individu, comme s'il existait chez lui une constitution particulière prédisposant à ce genre de maladie. Il est des sujets qui présentent des chapelets de chalazions aux paupières, qui sont ainsi ourlées par les petites tumeurs.

Un autre caractère du chalazion est de récidiver très facilement sur place, si l'ablation en a été incomplète ; l'extirpation devra donc être très soigneusement faite.

Les chalazions sont des tumeurs qui s'établissent lentement et qui, une fois formées, peuvent demeurer pour ainsi dire indéfiniment au même volume et avec les mêmes caractères d'indolence et d'indépendance vis-à-vis de la peau qui les recouvre. Toutefois, à côté de ces chalazions chroniques, on rencontre des chalazions enflammés qui offrent les mêmes caractères, sauf que toutes les parties molles du voisinage sont le siège d'une inflammation plus ou moins aiguë. La peau est rouge et tendue, la tumeur est empâtée dans les parties molles palpébrales ; la portion conjonctivale du chalazion est très enflammée. Quelquefois même, cet état phlegmoneux du chalazion se termine par la suppuration et la formation d'un foyer purulent qu'il faut ouvrir comme un abcès et évacuer ; en ces circonstances, le chalazion enflammé peut être confondu facilement avec un orgelet volumineux et même avec un abcès chaud ordinaire des paupières.

Traitement. — Lorsque le chalazion est enflammé, il faut le ramener à l'état normal par l'application de cataplasmes arrosés d'eau blanche, qui entraînent la résolution au bout de quelques jours.

La tumeur étant revenue à l'état non inflammatoire, on peut alors en pratiquer l'extirpation, comme on extirpe les fibromes cutanés, c'est-à-dire par dissection et énucléation. C'est le seul traitement du chalazion.

Au point de vue du lieu de l'incision, les avis sont partagés ; quelques auteurs opèrent du côté de la conjonctive, d'autres du côté de la peau. Nous pensons que les deux procédés ont leurs indications et si le chalazion proémine à la face conjonctivale (chalazion interne) nous conseillons d'opérer par la conjonctive, tandis que l'ablation sera plutôt indiquée à faire par la peau si le chalazion fait saillie en dehors (chalazion externe).

En tous cas, on ne doit pas craindre la cicatrice qui résulte de l'extirpation du chalazion par la peau ; cette cicatrice devient totalement invisible quand elle n'est pas cachée, de plus, dans les plis de la paupière.

L'instrumentation nécessaire comprend : une pince fenêtrée de Desmarres, une pince ordinaire à griffes, un petit bistouri pour inciser la peau et des ciseaux courbes fins très pointus, pour détacher le chalazion dans la profondeur. On se sert aussi d'un ténaculum pour attirer la petite tumeur au dehors et d'une petite curette tranchante pour gratter les fongosités qu'aurait laissé une extirpation incomplète dans la cavité souvent anfractueuse du cartilage tarse.

Opération. — Après avoir anesthésié la région de la tumeur par une injection sous-cutanée de quelques gouttes de cocaïne et avoir instillé de la même

solution dans la cavité conjonctivale, on placera la pince de Desmarres la face plane appliquée au globe oculaire et la fenêtre tournée du côté de l'extérieur ; on serrera ensuite la vis ou le verrou (modification de de Wecker à la pince de Desmarres) de façon à enserrer la tumeur dans l'anneau métallique et à faire saillir celle-ci au dehors.

La disposition de la pince sera naturellement inverse si le chalazion doit être enlevé p r la voie conjonctivale.

La conduite opératoire est aussi différente suivant qu'on opère par la peau ou du côté de la conjonctive. Si on a choisi la voie conjonctivale, après incision du tégument, on enlèvera rapidement la totalité du granulome soit avec la pointe des ciseaux soit par un grattage énergique à la curette, puis on se contente de laver la plaie et l'œil avec la solution boriquée fraîche sans autre pansement qu'un bandeau protecteur léger.

Si l'on adopte le côté de la peau, on pratiquera une incision transversale parallèle au bord de la paupière, puis on extraira la tumeur par une dissection soignée, soit au bistouri, soit aux ciseaux, de façon à ce que la totalité du granulome soit enlevée. Comme le chalazion est souvent mollasse et qu'il échappe alors à une dissection méthodique, on assurera l'extirpation complète des fongosités par un grattage des anfractuosités de la logette tarsienne.

Enfin, un fil à suture est quelquefois utile, lorsque l'incision cutanée a été étendue ; en tous cas, on maintiendra pendant 24 ou 48 heures, sur l'œil opéré par la peau, un pansement antiseptique simple.

Cancroïde — L'*épithelioma* ou *cancroïde* s'observe assez fréquemment aux paupières et principalement dans l'âge avancé. Ceci le distingue déjà des autres tumeurs de mauvaise nature qui évoluent en général vers l'âge moyen de la vie. On le voit germer lentement sur de vieilles érosions entretenues par l'exposition constante à l'air ou l'absence de soins, comme il arrive à la figure des vieux paysans, par exemple, où le cancroïde remplace souvent d'anciennes verrues.

Symptômes.— Au point de vue symptomatique, on décrit trois formes de cancroïdes palpébraux ; au point de vue de la marche, il y a lieu également de distinguer dans cette affection trois catégories, suivant le siège initial de la lésion.

1° Forme exulcérative. Dans cette forme, l'ulcération cancroïdale s'étend en surface sur une partie plus ou moins considérable, parfois totale de la paupière ; la lésion progresse peu en profondeur et il est ordinaire de voir le diaphragme musculaire sous-jacent à la peau rester indépendant de l'envahissement du cancroïde. La maladie débute dans cette variété par une petite excroissance aplatie, lisse et d'une résistance cartilagineuse dont le centre est quelque peu déprimé. Cette production initiale augmente d'étendue, les bords se festonnent, deviennent circinnés ; puis l'ulcération survient, superficielle, montrant un fond grisâtre ou rosé, peu sanieux qui se cicatrise facilement par places, dont les bords se chargent de croûtes desséchées et d'amas épidermiques formant des verrucosités saillantes en forme de bourrelet.

L'ulcération s'étend en surface, peu en profondeur ; il suffit souvent d'un léger grattage pour enlever jusqu'aux limites du mal. Puis l'affection est

d'une marche extrêmement lente et il est de ces exulcérations épithéliomateuses qui demeurent presque stationnaires à être si peu envahissantes. C'est la forme anatomique que Verneuil a décrite à la face sous le nom d'adénome sudoripare.

2° Forme verruqueuse. Le cancroïde peut naître d'une verrue, et dans ces cas, la lésion demeure longtemps à l'état de verrue hypertrophiée et surmontant une base dure. Lentement, comme dans la forme précédente, se fait le développement du cancroïde, l'ulcération aussi ne se déclare que fort tardivement et à l'ordinaire à l'occasion d'un traumatisme quelconque, accidentel ou intentionnel, qui vient détruire l'amas épidermique qui avait jusque-là protégé la tumeur épithéliale. L'ulcération, une fois constituée, gagne en surface et en profondeur, avec une rapidité moindre toutefois, que dans la forme suivante.

3° Forme phagédénique. Dans cette forme, l'ulcération est initiale et constitue le commencement et la fin du processus morbide. L'ulcère cancéreux offre un fond rouge, bourgeonnant, saignant facilement, mais peu sanieux ; les bords en sont chargés d'un bourrelet de croûtes et d'amas épithéliaux desséchés. Cette forme phagédénique offre une tendance particulière à l'extension rapide en tous les sens, en profondeur aussi bien qu'en étendue. C'est dans cette forme qu'on voit les paupières détruites laisser à nu le globe oculaire, comme pendant au milieu de l'orbite découvert ; des paupières, le cancroïde envahit et détruit la joue, la face tout entière, parfois, transformant le malade en un mutilé hideux.

Dans ces trois variétés d'épithélioma palpébral, on peut, dès le début de la maladie, découvrir l'engorgement ganglionnaire caractéristique de la nature maligne de l'affection ; les ganglions engorgés doivent être cherchés à la région parotidienne, au devant du lobule de l'oreille et dans la fossette sous-maxillaire.

L'évolution des cancroïdes palpébraux dépend non seulement de leur forme et de leur allure propre, lente ou rapide, mais encore de leur siège.

Le cancroïde qui siège au bord de la paupière ou dans la peau peut rester longtemps stationnaire ou peu envahissant. Dès que la conjonctive est atteinte, les progrès deviennent plus rapides ; il se forme ordinairement un symblepharon plus ou moins étendu, et l'épaisseur entière de la paupière se trouve envahie par la néoplasie. L'exérèse, à cette période, ne peut réussir que si elle comprend la totalité de la paupière, y compris la muqueuse qui la double.

A l'angle externe des paupières, le cancroïde suit une évolution qui est assez comparable à la précédente ; toutefois, par sa situation, l'ulcération cancéreuse peut bifurquer et entreprendre simultanément les paupières supérieure et inférieure, ce qui nécessite souvent une ablation étendue en haut et en bas.

La marche du cancroïde à l'angle interne peut être toute différente et fort importante à connaître.

A l'angle interne de l'œil se trouve l'entrée des voies lacrymales qui sont formées, d'une façon générale, par un canal doublé d'épithélium cylindrique qui fait communiquer la conjonctive avec la cavité muqueuse des fosses nasales. Le cancroïde qui se développe dans l'angle interne, ce qui est fréquent, lorsqu'il atteint la conjonctive, trouve dans ces voies lacrymales un

passage large ouvert, rendu tentant par l'existence de l'épithélium cylindrique qui constitue un terrain éminemment favorable à la pullulation de l'épithelioma. Il en résulte que les cancroïdes de l'angle interne de l'œil, très aisément, s'introduisent dans le canal nasal, qu'ils agrandissent et distendent, pour aller de là s'épanouir dans les diverses cavités des fosses nasales. Il a été observé des cancroïdes très limités dans leur volume extérieur qui n'excédait pas 1 ou 2 centimètres carrés, par exemple, et qui, par leurs prolongements, avaient envahi et rempli complètement les cavités nasales du même côté : cornets, anfractuosités éthmoïdales, sinus maxillaires. L'opération, en pareil cas, devient tout autre que si l'évolution de la lésion s'est faite sur un autre point des paupières.

Pronostic. — Le pronostic du cancroïde des paupières est toujours grave, mais surtout quand il s'agit de la forme phagédénique qui, si elle n'est pas traitée par l'extirpation, entraîne assez vite avec elle la cachexie et la mort. Les autres formes sont moins fatales, d'autant plus que chez elles l'opération offre de bien plus grandes chances de complet succès.

Diagnostic. — A peine est-il besoin d'en faire mention. Les ulcérations cancroïdales, avec leur adénopathie, pourraient-elles être prises pour des ulcères syphilitiques que l'âge du malade, les commémoratifs, la marche des accidents ne permettraient pas au doute de subsister.

Traitement. — Le traitement fondamental des cancroïdes des paupières est l'extirpation. Si la tumeur est naissante, très petite, d'allures peu envahissantes, on peut temporiser et employer des caustiques ; d'autre part, on *doit* rejeter l'opération si l'ulcération est tellement étendue que l'extirpation du mal constitue un danger immédiat de mort. Tel est le cas où l'épithelioma a envahi la plus grande partie de la face.

En pareille circonstance, on s'efforcera de limiter la marche envahissante de la tumeur ulcérée par des applications de gâteaux d'ouate antiseptique imbibée d'une solution saturée de chlorate de potasse, ou encore en saupoudrant la surface ulcéreuse avec la poudre de chlorate de potasse ; le malade prendra en même temps à l'intérieur de 1 à 2 grammes de chlorate de potasse.

Si la tumeur est naissante, très petite, si avec cela elle offre une marche infiniment lente, comme on le voit dans la marche verruqueuse, on pourra, avant d'entamer l'action opératoire, essayer la destruction par les caustiques. Tous les trois jours, jusqu'à chute complète du noyau néoplasique, on touchera la partie malade avec une très petite quantité d'acide chromique pur déliquescent, ou bien encore on utilisera la poudre caustique suivante :

Acide arsénieux................	2
Cinabre............................	10
Eponge calcinée................	5

Cette poudre s'emploie en nature dans les ulcérations cancroïdales, ou bien additionnée d'une goutte d'eau de manière à former pâte dans les excroissances non ulcérées.

Mais l'exérèse sanglante, à la condition qu'elle n'offre pas de dangers immédiats, donne des résultats beaucoup meilleurs et plus durables que l'application des divers caustiques.

L'extirpation du cancroïde se fera au bistouri et suivant le mode ordi-

naire, s'il s'agit des formes verruqueuse et phagédénique; si l'on a affaire, au contraire, à la variété superficielle, exulcérative, il pourra être suffisant d'agir sur la couche néoplasique extérieurement située par la simple curette tranchante qui s'arrêtera au tissu sain.

L'opération subit encore des modifications suivant le siège de la néoplasie.

Si le cancroïde siège au bord des paupières, le point important est de savoir si la conjonctive est ou non envahie par le cancer. Le cancer a-t-il envahi la conjonctive? On doit alors ne pas hésiter à sacrifier la paupière dans son entier et même le globe de l'œil si celui-ci se trouve trop exposé au dehors par le fait de la destruction palpébrale. Si le cancroïde, envahissant la peau de la paupière et même son bord, a respecté la conjonctive, on séparera, par une dissection soignée, la conjonctive, qui sera laissée en place, des parties cancéreuses à extirper. La conjonctive ainsi laissée servira de soubassement au lambeau plastique destiné à fournir la future paupière et même on réunira à l'autre paupière le bord de cette conjonctive, de façon à l'empêcher de se rétracter ou de se déformer.

Les cancroïdes de l'angle externe des paupières seront enlevés dans leur totalité sans qu'il existe de règles spéciales à l'égard de leur extirpation, bien qu'il faille quelquefois la prolonger profondément. Toutefois, les deux paupières tronquées dans leur côté externe pourraient tendre à se recroqueviller; on pratiquera en ce point, entre elles, un point de suture.

L'ablation des cancroïdes de l'angle interne est une question tout autre et bien plus complexe. Ceux-ci peuvent, en effet, se prolonger d'une part vers l'orbite et de l'autre jusqu'au plus profond des fosses nasales. Si le néoplasme gagne vers l'orbite, on approfondira l'extirpation en se faisant du jour, au besoin, par l'énucléation du globe oculaire; avant toute chose, l'ablation du mal doit être totale, si les limites n'en sont pas inaccessibles. Si le cancroïde a pris le chemin des fosses nasales, l'opération offre immédiatement une gravité tout autre; car le canal nasal, bien que dilaté, ne peut permettre aux manœuvres d'extraction d'être suffisantes. Il faut ouvrir largement la voie. Avec de forts ciseaux glissés dans la narine correspondante à la tumeur, on incisera d'un coup toutes les parties cartilagineuses et molles du nez jusqu'aux os propres, un peu sur le côté de la ligne médiane. En suivant la même direction et à l'aide d'une pince de Liston, on fera sauter le pont constitué par les os propres du nez jusqu'au canal nasal. Immédiatement, l'écartement de cette longue incision montre à nu la cavité nasale jusque dans ses profondeurs et les prolongements du cancroïde, généralement mous et polypiformes, peuvent être atteints et enlevés avec la curette. On effectuera un nettoyage parfait de toutes ces cavités, y compris celle du sinus maxillaire, et la voie exploratrice sera refermée par des sutures placées au dos du nez. Il reste à l'angle interne de l'œil une vaste ouverture par où il sera possible de surveiller les récidives du cancroïde plus que jamais à redouter en des cas aussi graves.

Enfin, quels qu'aient été le mode et l'étendue de l'extirpation, en surface ou en profondeur, à l'angle interne ou dans tout autre point des paupières, il reste à savoir si la plaie résultant de l'ablation d'un cancroïde doit être aussitôt refermée par des greffes ou par l'application d'un lambeau.

Il est préférable d'attendre avant de pratiquer la restauration d'une pau-

pière partiellement ou entièrement détruite par l'extirpation d'un cancroïde, quel que soit d'ailleurs le mode de restauration qu'on veuille adopter.

En attendant quelque temps, on voit la plaie primitive se réduire considérablement d'étendue, jusqu'aux deux tiers, ce qui diminue d'autant l'importance de la blépharoplastie à pratiquer.

Puis, point plus important, on peut, la plaie étant restée ouverte, surveiller la naissance des récidives et les combattre par le fer ou le feu aussitôt que parues; sous un lambeau, au contraire, la repullulation du cancer s'opère sourdement pour éclater tout à coup comme une reprise très grave du mal primitif.

En tout cas, il faut pratiquer toujours la suture palpébrale pour éviter la déformation des paupières mutilées et non encore restaurées.

Hôpital Saint-Louis — M. Du Castel (1)

—

(Suite et fin)

Les phénomènes douloureux, les démangeaisons en particulier, jouent donc un rôle considérable dans l'histoire de la maladie de Dühring-Brocq. Si mon collègue Brocq, dans les premières études qu'il avait publiées, avait cru devoir accorder un rôle prépondérant au phénomène prurit, à tel point qu'il avait défini l'affection : dermatite polymorphe *prurigineuse* chronique à poussées successives, cet éminent observateur a bientôt reconnu qu'un tel exclusivisme au profit du prurit était cependant excessif et que c'était rejeter sur un plan infiniment trop second les autres sensations douloureuses que le malade peut présenter : douleurs vraies, élancements, fourmillements, brûlure, piqûre, etc.; c'est ainsi que M. Brocq a été conduit à substituer à sa première définition celle plus large de dermatite *douloureuse* polymorphe chronique à poussées successives, tenant ainsi compte de l'importance et de la variabilité de formes que les phénomènes douloureux peuvent revêtir. Unna pense que dans le diagnostic de la maladie la considération des phénomènes dysesthésiques ne doit occuper que le second rang : le premier rang, pour le professeur hambourgeois, doit être donné à la constatation de la répétition des poussées. La maladie est avant tout une maladie à accès, caractérisée par la reproduction incessante des poussées éruptives; le diagnostic ne peut guère être établi que par la constatation de la répétition de ces poussées. Telle n'est pas l'opinion de M. Besnier : pour lui, l'étude des perturbations constantes et toujours considérables de la sensibilité est le phénomène de premier ordre pour le clinicien; ces perturbations, par leur intensité, ont, en effet, quelque chose de si particulier, de si caractéristique que, dès la première poussée éruptive, sans que besoin soit d'attendre la répétition de nouvelles poussées, elles permettent de diagnostiquer *ipso facto*, qu'on est en présence d'une maladie de Dühring à ses débuts et non d'un pemphigus, d'un érythème pemphigoïde.

Les phénomènes douloureux : prurit, brûlures, élancements, etc., ne sont pas liés à la production même de l'éruption, ne sont pas un accident

---

(1) Voir l'*Union médicale* du 2 octobre 1894.

lié au développement de celle-ci ; c'est un des accidents de la maladie même; ces phénomènes peuvent se développer en dehors même de l'éruption, ils n'ont pas avec elle un lien fatal comme le prouve le manque de parallélisme entre l'un et l'autre phénomème, comme le prouvent les cas où l'on voit ces phénomènes douloureux préexister pendant longtemps à l'apparition de l'éruption, survivre pendant longtemps à la guérison de celle-ci.

L'état général se maintient ordinairement bon, cependant la fièvre s'observe quelquefois au cours de violentes poussées ; elle reste peu élevée. La diarrhée est une complication grave qu'on peut voir survenir au cours de grandes attaques; il est habituel que les fonctions digestives se maintiennent dans un état de fonctionnement normal, quelle que soit l'abondance de l'éruption, l'acuité des phénomènes douloureux.

On a signalé la production de manifestations, indices d'altérations profondes de la santé générale, l'apparition de taches purpuriques, d'œdème des extrémités, d'inflammations érysipélateuses, d'adénites et de furoncles.

Les poils, les ongles se sèchent, s'altèrent et peuvent tomber.

La combinaison, la prédominance des lésions de différents types permettent de distinguer dans la maladie de Dühring des formes érythémateuse, érythémato-vésiculeuse et érythémato-bulleuse, vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse, hémorrhagique, végétante, papillomateuse, polymorphe, folaciée. La forme éruptive peut varier, chez un même malade, d'une poussée à l'autre, et, pour établir le diagnostic, il faut s'appuyer sur la marche de la maladie, sur l'intensité des phénomènes douloureux beaucoup plus que sur les apparences de l'éruption.

L'évolution par poussées est, en effet, une des grandes caractéristiques de la maladie de Dühring : celle-ci se fait remarquer par la répétition indéfinie des poussées éruptives, qui en fait ordinairement une maladie de longue durée, multi-annuelle. Les poussées éruptives peuvent être subintrantes, l'une se faisant alors que l'autre n'est pas encore éteinte ; des périodes d'accalmie complète peuvent séparer les différentes poussées éruptives, ces périodes d'accalmie sont de durées fort inégales.

Les crises peuvent être très rapprochées, presque subintrantes ; dans d'autres cas, elles sont éloignées, annuelles, bisannuelles ; chez quelques malades, elles se montrent avec une certaine périodicité.

Le calme, dans l'intervalle des attaques, n'est cependant le plus souvent qu'incomplet ; les phénomènes douloureux, l'éruption sont réduits à un degré peu élevé, mais il en reste toujours quelque trace. L'intervalle, l'intensité des attaques et des rémissions sont des plus variables avec chaque malade, avec les diverses périodes de l'affection pour chaque malade.

Il est difficile de dire sous quelles influences les attaques se produisent : la menstruation, les changements de température, l'usage des aliments excitants ont paru agir dans quelques cas pour provoquer leur apparition ; mais l'action de ces différentes causes est fort inconstante.

Le type morbide Dühring-Brocq peut se présenter à tout âge : Unna en a étudié la production dans la première et la seconde enfance ; la jeunesse, l'âge adulte, la vieillesse nous en fournissent des exemples.

Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, l'herpes gestationis étant, bien entendu, laissé en dehors de la maladie de Dühring.

Tout ce qu'on peut dire de la pathogénie de la maladie, c'est qu'elle semble préparée par l'état névropathique.

La gravité de la maladie de Dühring et celle du pemphigus vrai de Besnier sont absolument différentes : il est de règle que celui-ci mène assez rapidement à la cachexie et à la mort; celle-là ne conduit qu'exceptionnellement et lentement à la terminaison fatale. Chez les vieillards, cependant, il n'est pas absolument rare que les dermatites polymorphes aient une issue funeste dès leur première apparition et dans un délai assez court; c'est un fait que les observations de Brocq et de Besnier ont établi.

Si la maladie de Dühring ne conduit qu'exceptionnellement à la mort, elle n'en reste pas moins une des affections cutanées les plus sérieuses dont un malade puisse être atteint. L'intensité des phénomènes douloureux, la grande étendue des lésions, la répétition plus ou moins rapprochée des poussées éruptives, la longue durée de l'affection rendent l'existence du patient, sinon intolérable, tout au moins des plus pénibles. Rien n'est plus cruel pour le malade que la persistance sans rémission notable des douleurs ; rien de plus pénible que la répétition incessante de ces poussées éruptives qui souvent laissent entre elles juste assez d'intervalle pour que le malade puisse reprendre un espoir passager et bientôt déçu : l'alternative de ces lueurs d'espérance et de ces rechutes est souvent bien plus cruelle que ne l'est l'épreuve d'une maladie continue dans son allure.

Ce serait cependant opinion erronée de croire que la durée du type morbide Dühring-Brocq est forcément indéfinie, qu'il n'est point espoir de guérison pour le malade qui est entré dans la série pathologique qui la caractérise. La guérison peut survenir après de longues années de souffrances, elle a même pu survenir assez rapidement chez quelques malades. Dans un certain nombre de faits bien observés, on a vu les accidents s'amender et guérir brusquement chez des patients pour qui la répétition de poussées éruptives nettement caractérisées et violentes avait fait légitimement craindre l'entrée en souffrance pour un certain nombre d'années plus ou moins considérable, avait fait redouter l'engagement peut-être indéfini dans la maladie de Dühring. L'affection a tourné subitement vers la guérison et les malades ont été libérés à jamais de la chronicité indéfinie qu'on avait redoutée pour eux.

Les faits que je viens d'exposer devant vous vous ont fait suffisamment comprendre, je l'espère, que les caractères constitutifs de la maladie de Dühring sont : la polymorphie absolue de l'éruption, synchrone ou successive; la constance des phénomènes douloureux, la longue durée de l'affection, sa bénignité relative, la conservation indéfinie de l'état général.

Malgré les caractères si tranchés de la maladie de Dühring, malgré la nécessité éprouvée à toute époque de lui accorder une place à part dans les descriptions nosologiques, comme l'établissent les descriptions de Bazin, de Tilbury Fox, des esprits éminents refusent encore aujourd'hui d'accorder une descrip ion à part à la maladie de Dühring-Brocq, comme vous pourrez vous en assurer par la lecture des travaux de Kaposi, et le prétexte d'une telle opposition est l'ignorance où nous sommes encore de la pathogénie de l'affection et de l'impossibilité actuelle d'établir la nature différente des

diverses affections pemphigoïdes. C'est peut-être sacrifier beaucoup la clinique à la pathogénie.

Il est une affection vésiculo-pustuleuse qui survient aussi au cours de la grossesse, mais qui est absolument distincte de la dermatite herpétiforme, c'est l'impétigo herpétiforme d'Hebra. Dühring, lui-même, qui, au début, avait voulu faire rentrer cette affection dans sa dermatite herpétiforme, reconnaît aujourd'hui les caractères différentiels des deux maladies. Je ne saurais mieux faire que d'emprunter à Kaposi la description de l'impétigo impétiforme, dont le professeur viennois a fait une étude très approfondie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1894. — Présidence de M. Rochard

Candidatures

M. le Secrétaire perpétuel annonce l'inscription de plusieurs candidatures aux deux places vacantes.

Dans la section de *médecine légale et d'hygiène,* ce sont celles de MM. MOTET, LAUGIER et LE ROY DES BARRES.

MM. RECLUS, MONOD, DELORME et POZZI se présentent dans la section de médecine opératoire.

Asymétrie acquise entre les deux moitiés du corps humain

Tel est le titre d'un travail envoyé par M. CLOZIER (de Beauvais) sur lequel M. LE DENTU lit un rapport dont voici la substance :

L'ensemble des modifications de forme et de fonctions des diverses parties du squelette signalées par M. Clozier reconnaîtraient pour cause la verticalité et la dilatation de l'estomac. Pour adopter cette opinion, il faudrait qu'il existât une corrélation entre les troubles dyspeptiques de la dilatation stomacale et l'asymétrie du corps. Malheureusement, l'auteur s'est borné à cet égard à une simple affirmation.

D'autre part, l'ensemble des déviations constatées par M. Clozier peuvent toutes être ramenées à un abaissement d'ensemble de la moitié droite du corps par rapport à la moitié gauche, comparable à l'abaissement de l'un des plateaux d'une balance par rapport à l'autre. Seulement, il y a une différence importante : c'est que la tige verticale de la balance sur laquelle s'appuie le fléau reste rectiligne, tandis que chez les sujets observés par M. Clozier l'inclinaison d'une moitié du corps est liée à une incurvation du rachis à concavité droite, circonstance importante où réside peut-être le nœud de la question en ce qui touche la mécanique des déviations dont la connexité est affirmée par M. Clozier.

Quoiqu'il en soit, pour pouvoir répondre à l'objection qui consisterait à dire que l'incurvation du rachis à droite, résultant, d'après lui, de la dilation de l'estomac, n'est peut-être qu'une scoliose avec toutes les conséquences habituelles, il conviendrait de reviser rigoureusement les points de repère relevés par M. Clozier et la nature des déformations qu'il a décrites.

Gastropexie

M. Duret (de Lille) a signalé il y a plusieurs années les résultats durables de la néphropexie. Ces résultats l'ont encouragé à opposer les pexies aux ptoses viscérales. On sait que tous les organes digestifs sont sujets aux ptoses et que ces ptoses causent des lésions anatomiques étendues.

Devant un prolapsus très accentué de l'estomac, M. Duret se résolut à une intervention chirurgicale et il sutura à la paroi abdominale antérieure la petite courbure et la région pylorique. Il fit ensuite une suture à la soie fine, suture horizontale et parallèle à la petite courbure. Les résultats de l'opération furent excellents.

Néphrolithotritie et néphrectomie dans les calculs ramifiés du rein

La néphrolithotritie a été pratiquée récemment par M. Duret (de Lille), pour extraire un calcul ramifié et enclavé du poids de 120 grammes. On dut faire ensuite la néphrectomie, à cause de la présence d'une volumineuse poche purulente et l'état d'altération du parenchyme rénal.

M. Duret fait suivre ces observations des conclusions suivantes :

1° Quand il n'existe pas de suppuration du bassinet ou quand les lésions sont peu étendues, l'extraction d'une pierre ramifiée pourra se faire par simple néphrotomie, mais celle-ci devra être précédée du broiement de la pierre.

2° Si la pierre est volumineuse et compliquée d'une pyonéphrose considérable et ancienne, il sera le plus souvent impossible de recourir à une néphrectomie d'emblée. Il faut alors faire successivement :

a) Une évacuation de la poche purulente, soit au trocart, soit par section. Néphrectomie large sur le bord convexe de la glande.

b) Une lithotritie *in situ* de la pierre, de manière à l'extraire en plusieurs fragments.

c) Une néphrectomie du rein dégénéré et l'ablation de la poche.

Au début de la séance, M. le secrétaire perpétuel a lu à l'Académie le discours prononcé par M. Kelsch, dimanche dernier, à Bruyères, à l'inauguration du monument élevé à Villemin.

Jugement rendu par la Cour d'appel d'Alger à propos de l'association entre un médecin et une marchande de remèdes secrets

La Cour d'appel d'Alger vient de confirmer un jugement rendu par le tribunal correctionnel de cette ville dans les conditions suivantes :

Une femme Monnet vendait des remèdes secrets, elle avait été condamnée une première fois ; espérant échapper à une deuxième condamnation, elle s'était associé un docteur R...

« Attendu, dit le tribunal, en ce qui regarde R..., qu'il ne saurait dénier que son association avec la dame Monnet n'avait pour véritable objet que de couvrir de son nom et de son diplôme les actes de ladite dame ; qu'abdiquant, en même temps que toute dignité professionnelle, toute direction dans le traitement, il ne figurait au prétendu « Institut sanitaire », ouvert par la dame Monnet, que pour donner confiance aux malades dans l'emploi exclusif du remède secret exploité par son associée ;

« Qu'ainsi, aux termes d'une jurisprudence constante, il s'est rendu participant de la contravention commise par sa coïnculpée et a conjointement avec elle encouru les pénalités visées dans l'ordonnance de renvoi. »

En vertu de ce principe, R... ayant, dans un certain cas, prescrit l'usage de la pommade secrète de la dame Monnet, a été condamné pour complicité d'exercice illégal à 15 francs d'amende. La dame Monnet récidiviste en a eu pour 45 francs.

Mais ce n'est pas tout, un des malades, soigné par la pommade, et atteint d'un cancer récidivant, reconnu inopérable par les médecins de l'hôpital, avait été opéré quand même par R..., assisté de la dame Monnet toute seule. On n'a pas de détails précis sur ce qu'a été cette opération, mais le jugement constate que l'enfant s'est réveillé péniblement du chloroforme, que la mort a été la suite de l'opération ainsi que R... le reconnaît ; que, très faible au premier pansement pratiqué avec la pommade secrète de la femme Monnet, le malade fut si faible au second qu'il a succombé après le départ précipité du médecin et de la femme son aide.

Malgré cette étrange attitude du médecin, les deux inculpés ont été renvoyés des fins de la plainte pour homicide par imprudence, bien que le tribunal ait reconnu le principe de la responsabilité possible des médecins en pareil cas.

« Attendu que le principe de la responsabilité des docteurs en médecine ne saurait plus être aujourd'hui contesté ; qu'une doctrine et une jurisprudence certaines les soumettent à l'application du principe général formulé dans l'article 1382 Code procédure civile et des sanctions répressives édictées par la loi pénale ;

« Attendu que cette responsabilité subit toutefois une restriction légitime, à raison de la présomption de capacité conférée au docteur par son diplôme, obtenu après les épreuves réglementaires ;

« Que les tribunaux et les auteurs sont d'accord pour s'interdire la discussion de toute opération, de tout procédé, en un mot de tout acte chimique qui, bien qu'ayant pu occasionner la mort ou des blessures, ne saurait être apprécié avec compétence que par les hommes de l'art, et ne constituerait pas, à leur avis, une faute lourde, une suite manifeste de l'imprudence et de l'ignorance du médecin. »

COURRIER

La crampe des rouleurs de cigarettes. — Nous connaissions la crampe des écrivains, voici celle des rouleurs de cigarettes.

Cette crampe, très fréquente en Espagne, où la cigarette est, comme on sait, d'institution nationale, vient de faire son apparition en France.

C'est depuis que le gouvernement a admis la vente des cigarettes faites à la main que de nombreux cas ont été remarqués chez les ouvrières qui se livrent régulièrement à ce travail.

Après quelques mois de cet exercice, elles sont obligées de renoncer momentanément à rouler les cigarettes. Elles ressentent des douleurs intenses dans les articulations et souvent ne peuvent, pendant un certain temps, rapprocher le pouce de l'index.

Un nouvel antidote. — Un chimiste hongrois, M. Johann Antal, aurait découvert un nouveau composé minéral, le nitrate de cobalt, qui serait un antidote très efficace dans le cas d'empoisonnement par le cyanure de potassium ou l'acide prussique.

Essayé d'abord sur des animaux, ce produit a été ensuite employé — toujours avec succès — dans plus de 40 cas d'empoisonnement accidentel.

Le Gerant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Bulletin : La maison municipale de santé. — II. Revue de la presse de langue anglaise. — III. La Société de chirurgie. — IV. Formulaire d'hygiène. — V. Feuilleton. — VI. Courrier.

BULLETIN

—

La maison municipale de santé

Comme beaucoup de nos confrères, nous nous sommes fait l'écho, un peu sceptique, d'un bruit concernant la *maison municipale de santé.*

On parle cependant avec une telle insistance dans le monde médical d'une décision prise par l'administration de l'Assistance publique qui supprimerait purement et simplement cet établissement spécial, que nous croyons devoir revenir sur ce sujet.

A vrai dire, l'impression générale que l'on recueille des conversations qui y ont trait n'est rien moins que favorable à une pareille détermination. On se demande comment une maison dont l'utilité n'est pas plus contestable aujourd'hui qu'à l'époque de sa fondation, puisqu'elle répond à des besoins permanents, pourrait être rayée d'un trait de plume de la liste des œuvres hospitalières qu'une capitale comme Paris met au service de toutes les catégories de malades, sans qu'il ait été pourvu par avance aux moyens de parer aux nécessités qu'elle avait en vue de satisfaire.

Les mœurs, les habitudes, les conditions sociales ont-elles donc tellement changé que l'on ne doive plus rencontrer dorénavant de personnes qui, sans être tout à fait dénuées de ressources, n'aient cependant ni les moyens ni la facilité de se faire traiter et soigner chez elles? Ne se peut-il plus rencontrer de provinciaux de passage, d'étrangers en voyage surpris par la maladie, pour lesquels il ne soit désirable de trouver, dans leur situation précaire et isolée, un lieu où ils aient la certitude des soins que réclame leur état?

Est-ce à dire que le public ait oublié à ce point le chemin de la maison, si en faveur jadis du temps du célèbre chirurgien Dubois, que l'Administration soit réduite, aujourd'hui, à en fermer les portes faute de clientèle?

Il n'en est assurément pas ainsi, et l'on s'étonnera à bon droit, dans le

FEUILLETON

—

Un procédé de réconciliation

Ce récit n'a de médical que la personne de quelques-uns de ceux qui y figurent ; son seul mérite est la parfaite authenticité de l'histoire, qui s'est passée, il y a peu d'années, dans une de nos colonies.

C'était après dîner. Sous la large vérandah déjà presque obscure — la nuit, en ces pays voisins de l'équateur, succède au jour très brusquement sans la transition, si charmante en nos climats, du crépuscule, — quelques jeunes gens causaient gaiement dans le brouillard odorant et protecteur des pipes allumées. On assure, en effet, que la fumée du tabac tient à distance les nuées de moustiques ou assoupit ceux que l'étour-

public, d'une mesure qui ne laisserait plus à toute une catégorie de personnes, que leurs moyens d'existence restreints écarte des coûteuses maisons particulières de santé, qu'éloigne des hôpitaux une certaine répugnance ou un sentiment de dignité, que la promiscuité des salles où ils viendront d'ailleurs prendre la place de malades plus pauvres qu'elles.

Quelle raison, quel prétexte allègue-t-on pour justifier une semblable mesure? Une question d'argent, assure-t-on.

L'établissement coûterait plus cher qu'il ne rapporte, et les administrateurs du bien des pauvres, soucieux des intérêts de la population malheureuse, ne peuvent voir détourner au profit de personnes non indigentes des sommes qui pourraient être utiles à ceux dont l'indigence est absolue.

Le sentiment est louable, sans doute, mais il nous paraît résulter d'une conception un peu étroite du rôle que confère à l'Administration parisienne la mission bienfaisante qui lui est dévolue. A côté de son étroit devoir d'aide, assistance, protection envers l'indigent proprement dit, elle a d'autres obligations découlant de sa situation. Paris, siège du gouvernement, capitale du monde, suivant l'expression de Charles-Quint, ville hospitalière par excellence, visitée par une foule innombrable d'étrangers, doit pouvoir offrir à ceux qu'atteint la maladie autre chose que le secours de l'hôpital ordinaire.

C'est ainsi que jusqu'à ce jour l'Administration hospitalière a compris sa fonction aussi bien dans les questions d'enseignement que dans celles de la bienfaisance et l'on s'étonnerait, à bon droit, maintenant, de la voir se départir de cette règle de condutie.

Certes, nous ne voulons pas nous constituer envers et contre tous le défenseur de l'institution actuelle si pleine de défectuosités. Notre but, en critiquant la décision que l'on prête à l'administration de l'Assistance, est de réagir contre l'opinion qu'elle semble vouloir accréditer de l'inutilité de cet établissement et d'appeler l'attention de qui de droit sur les modifications susceptibles de lui ramener la faveur dont elle a joui pendant de longues années.

Placée dans un des quartiers les plus populeux, les plus mouvementés de Paris, en face d'une des gares les plus actives, sur une des artères principales de pénétration dans notre ville, entourée d'usines, envahie par les

---

derie de leur vol égare dans ses spirales, au point de leur enlever la force de piquer. La protection, à mon sens, est purement morale. Elle était, en tout cas, très relative ce soir-là, à en juger par certains bruits secs qui résonnaient sans trève à travers les phrases échangées : c'était le choc des mains s'abattant rapides sur les différentes parties du corps des causeurs, où l'éclair d'une cuisson indiquait l'attaque d'un ennemi. On pouvait compter les mesures, on pouvait même en deviner le siège au timbre varié des tapes plus sourdes quand elles frappaient le tronc où l'épaisseur et les plis flottants du vêtement en atténuaient la vigueur ; plus sonores au niveau des cuisses sur la toile tendue du pantalon ; plus claires encore, mais moins énergiques, sur la chair nue du visage et du cou.

Après la fatigue des journées brûlantes, le tracas et l'assujettissement monotones des obligations quotidiennes, ce sont des heures dont le charme ne s'affadit jamais, que ces soirées calmes et fraîches et splendidement pures des régions tropicales. Le souvenir en reste précis et enchanteur, voilé seulement d'un regret, qui est presque une douceur de

bruits de la rue sans trève parcourue par les massifs camions de marchandise, les lourdes voitures et les tramways de voyageurs, triste d'aspect avec ses murs gris, ses bâtiments assombris par le voisinage immédiat des constructions voisines, ses cours sans gaîté... la maison de santé offre un séjour peu favorable à une clientèle de malades.

Construite à une époque où l'on ne se doutait pas encore des progrès de la construction hospitalière, elle manque de toutes les améliorations que l'on trouve même dans les hôpitaux récents les moins importants. Elle avait été destinée, au début de sa création, à contenir un petit nombre de lits de malades qui, peu à peu, et suivant la faveur croissante de l'institution, fut porté jusqu'au chiffre de 150, croyons-nous. Lors de sa reconstruction, en 1858, par suite d'expropriation, l'Assistance publique crut bien faire en doublant, et au delà, l'importance de son établissement. Elle ne fit que disproportionner les moyens avec les besoins réels et elle supporte aujourd'hui les conséquences de cette erreur.

Ainsi donc, la situation de l'établissement, son aspect désavantageux, son importance exagérée, telles sont, à notre avis, les causes réelles de la defaveur que subit la maison municipale de santé.

Est-ce dans sa suppression pure et simple que l'on doit rechercher le remède à cet état de choses? Le moyen serait par trop radical, et il est douteux que le public y souscrive sans protestation. L'institution est utile, elle répond à des besoins, c'est donc dans une modification dans l'organisation actuelle qu'il faut chercher la solution.

Je n'ai pas l'honneur de faire partie des Conseils de l'Assistance publique; mais, s'il m'était donné de lui exposer mon humble avis, je lui dirais, certain d'être l'écho du sentiment général de mes confrères : Votre maison de santé est mal située, mal construite, déplacez-la, cherchez dans un des quartiers tranquilles de Paris un coin retiré, planté d'arbres, semé de verdure, élevez-y des bâtiments sans luxe, mais confortables, aménagez-les pour un maximum de 100 à 200 malades, pas d'appartements inutiles avec antichambres et salons, mais de vastes chambres ensoleillées, un mobilier confortable sans velours jauni et pisseux, un service unique de chirurgie, un service unique de médecine, joignez-y un service de gynécologie qui, soyez-en persuadé, ne chômera pas, que l'éclairage et le chauffage soient

---

plus, du regret d'un plaisir perdu. Et de loin, plus tard, la lutte contre les moustiques, les effarements même que suscite de temps en temps la chute soudaine, au milieu du groupe, de quelque grosse blatte affolée, paraissent seulement des drôleries amusantes; on se les rappelle surtout par les bons rires que provoque l'émoi plus vif d'un camarade nouveau venu, ou le triomphe parfois remporté sur le noir insecte qu'une semelle agile a écrasé dans un craquement humide.

Allangui par la jouissance du bien-être où je me sentais plongé, bercé par les bourdonnements des voix et les oscillations légères de mon fauteuil à bascule, je m'étais laissé surprendre par le sommeil. Le vacarme d'une que elle me réveilla. Née de futiles propos, envenimée par quelle subtilité d'amour-propre? je ne sus le démêler sur le moment et ne l'ai jamais très bien su. En ouvrant les yeux, j'eus peine d'abord à supporter l'éclat des bougies qu'on avait apportées, de longues bougies anglaises abritées dans de larges verrines. On avait fait venir aussi quelques fioles de *Pale-ale* et de *Stout*, inévitables accessoires des veillées prolongées outre mesure. Mais on y avait à peine

bien assurés, ce qui n'est pas, que les repas arrivent à l'état chaud aux malades, qui se plaignent aujourd'hui moins de la nourriture que de la façon dont elle leur est servie, et la maison municipale de santé couvrira par ses recettes les dépenses qu'elle entraînera.

Quant aux bâtiments actuels, il ne vous faudra pas de longues délibérations pour en trouver la meilleure utilisation.

Il manque des lits dans les hôpitaux, les services de chirurgie sont encombrés, les hôpitaux d'enfants sont insuffisants, transformez bien vite l'établissement du faubourg Saint-Denis en hôpital. Les trois ou quatre cents lits que vous y créerez sont déjà impatiemment attendus par vos malades.

Je me trompe, ce n'est pas à l'Assistance publique, vieille dame un peu sourde, que je dois adresser ce discours, c'est au Conseil municipal, le juge en dernier ressort dans cette affaire, où le langage du bon sens et de la raison a plus de chance d'être entendu.

REVUE DE LA PRESSE DE LANGUE ANGLAISE

CHIRURGIE

Une question intéressante de chirurgie infantile a été traitée à l'*Association médicale britannique* qui a, comme nous l'avons déjà dit, tenu sa séance à Bristol du 31 juillet au 3 août 1894 : c'est la valeur de la tuméfaction des bourses séreuses comme signe précoce de la tuberculose articulaire.

M. d'Arcy Power a eu l'occasion de voir dans son service, récemment, plusieurs enfants chez lesquels il avait constaté des bourses séreuses enflammées et tuméfiées au voisinage de l'articulation de la hanche. Aucun symptôme ne faisait pressentir que l'articulation elle-même était atteinte. Les enfants marchaient sans boiter; ils n'accusaient aucune douleur ni spontanée ni provoquée. On ne constatait aucune contracture des muscles de la région et lorsqu'on donnait du chloroforme on pouvait s'assurer que la tête du fémur était libre dans la cavité articulaire.

Mais, quand on suit pendant quelque temps ces enfants, on constate que le processus inflammatoire gagne l'articulation, et l'on assiste souvent à l'évolution d'une arthrite coxo-fémorale de nature tuberculeuse. On peut donc affirmer que la tuméfaction des

---

touché. La discussion si vite dégénérée en grave dispute avait laissé les verres encore intacts.

Le calme une fois rétabli, on se sépara plus que froidement, et chacun regagna sa chambre. Je fus accompagné jusque chez moi par un de mes bons amis, un tout jeune confrère, qui me raconta que, des paroles violentes ayant été échangées entre lui et l'un des fonctionnaires qui se trouvaient là, une rencontre avait été jugée inévitable. Il n'en faut pas beaucoup à de jeunes têtes de vingt-deux ans pour croire les choses irréparables. Aux premiers mots de sagesse que j'essayai de faire entendre, je fus arrêté de la belle manière : — « Il était inutile d'insister, me disait-il, tout avait été conclu pendant l'ahurissement de mon réveil et il n'existait aucun moyen honorable de revenir en arrière, y en eût-il eu, il les aurait repoussés d'une façon absolue. Il était indispensable que l'affaire suivît son cours. Les témoins, choisis séance tenante, avaient accepté leur rôle, j'allais dire offert leurs services, et, d'un commun accord, on avait décidé qu'on me demanderait d'assister les combattants en qualité de médecin. C'était seulement

bourses séreuses est un symptôme de haute importance, puisqu'elle permet de prévoir que l'articulation sous-jacente va être prise. Il est utile en conséquence de détruire le plus tôt possible ces bourses séreuses enflammées, si on veut s'opposer à l'envahissement de l'articulation voisine par le processus tuberculeux.

Cet envahissement peut se produire de différentes façons. Parfois c'est par infection directe, le bacille tuberculeux pénètre dans l'articulation comme y pourrait s'ouvrir un abcès, mais habituellement l'envahissement de l'articulation se fait d'une façon plus insidieuse. Une bourse séreuse est atteinte de tuberculose; il se fait un épanchement dans sa cavité. Par suite de cette inflammation il se produit tout autour de la congestion, dont le résultat souvent est de rendre moins résistantes les parties qui en sont le siège. De ce fait, le bacille, trouvant un milieu favorable à son développement, se localise dans ces points congestionnés et bientôt une tuberculose est constituée. C'est ainsi que l'articulation de la hanche peut être envahie par la tuberculose.

Voici six cas observés à Victoria Hospital qui confirment ce qui précède.

Le premier malade à traiter est une fillette de quatre ans, délicate, entrée à l'hôpital pour une kératite superficielle. En l'examinant on constata une tuméfaction de la fesse gauche qui, au dire des parents, datait de huit jours. Cette tuméfaction, nettement fluctuante, s'étendait depuis la crête iliaque jusqu'à six à huit centimètres au-dessous du grand trochanter. La tumeur fut incisée et donna issue à environ 250 grammes de pus.

En introduisant le doigt dans la cavité de l'abcès, on constatait que celui-ci était formé par la bourse séreuse multilobulaire qui se trouve au-dessous du grand fessier, au niveau du trochanter. La cavité de l'abcès fut soigneusement nettoyée à l'aide d'une curette, lavée avec de l'eau boriquée chaude et la plaie fut suturée au crin de Florence.

La plaie se réunit par première intention. L'enfant quitta bientôt l'hôpital. Depuis il n'a cessé de se bien porter.

La seconde petite malade est une fillette de six ans, souffrant depuis cinq semaines quand on la conduisit à l'hôpital. Cette enfant présentait une tuméfaction étendue et fluctuante en arrière de la hanche gauche. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient normaux; les muscles de la région n'étaient le siège d'aucune contracture; il n'y avait pas de traces de raccourcissement du côté malade. On fit derrière le grand trochanter une incision qui permit l'évacuation d'une grande quantité de pus et de matière nettement caséeuse. Avec le doigt on put s'assurer de la profondeur de la

---

cette complaisance qu'il s'était chargé, au nom de tous et en vertu de notre intime amitié, de réclamer de moi. » Je ne pouvais qu'accepter; je le fis d'aussi bonne grâce que mon ennui et mon trouble le permirent.

Une demi-heure plus tard, les quatre témoins, un lieutenant et un sous-lieutenant d'infanterie de marine, un commissaire colonial et un agent des cultures, vinrent me mettre au courant des dispositions arrêtées pour le lendemain. Alors seulement je sus que l'adversaire de mon ami était un bon brave homme, employé de l'administration de l'intérieur, sensiblement plus âgé que nous tous, pacifique et doux comme pas un, fort comme un Turc avec cela, des bras d'athlète et un cou de taureau, mais déjà lourd et bedonnant, très bedonnant même.

Comment cet homme tranquille s'était-il monté soudain, comment avait-il bouillonné à l'instar d'une soupe au lait? Je dois dire qu'il était du Midi. — vous savez, le Midi des arènes — bref, son sang n'avait fait qu'un tour. Le choix des armes n'avait pas été facile, aucun des adversaires n'avait, de sa vie, touché un fleuret; cela écartait l'épée, trop

cavité qui s'étendait sous le grand fessier. Aucune communication n'existait entre la cavité et l'articulation coxo-fémorale. Les os étaient indemnes.

Maintenue pendant six semaines sur un appareil à extension continue, la fillette finit bientôt par guérir complètement.

Ce cas montre bien la nature tuberculeuse des tuméfactions des bourses séreuses préarticulaires. Il ne fait pas de doute pour M. d'Arcy Power que l'articulation de la hanche aurait été à son tour atteinte si on n'était pas intervenu.

Un troisième cas se rapporte encore à une fillette de douze mois entrée à l'hôpital pour une tuméfaction grosse comme un œuf de poule située au niveau du grand trochanter. Les mouvements de la hanche étaient conservés, mais l'enfant, atteint d'ailleurs de troubles digestifs, était cachectique. Une incision faite au niveau de la tuméfaction laissa s'écouler 100 grammes de pus jaunâtre et rougeâtre. En explorant la cavité avec le doigt on constatait que celle-ci était formée par une bourse séreuse. Trois semaines après la plaie était guérie, mais la cuisse étant fléchie sur le bassin il existait un léger degré de lordose. L'enfant fut mise sur un appareil à extension continue. Au bout de six semaines l'attitude de la fillette était redevenue normale. La cachexie avait disparu. La guérison était absolue, complète.

Ici encore M. d'Arcy Power se croit autorisé à admettre l'existence d'une tuberculose de la bourse séreuse.

Dans un quatrième cas, il s'agit d'un garçon de quatre ans et demi admis à l'hôpital pour une tuméfaction de la bourse séreuse prérotulienne. L'articulation du genou paraissait indemne. Comme dans les cas précédents on fit l'incision, le grattage de la bourse malade. Il s'agissait d'une lésion manifestement tuberculeuse. La réunion par première intention fut obtenue sauf en un point où on avait laissé pendant quelque temps un drain à demeure. A ce niveau se forma une fistule et bientôt on assista au développement d'une arthrite du genou. Au bout de six semaines on dut pratiquer l'ouverture de l'articulation qui était remplie de matière caséeuse et d'un tissu de granulation nettement tuberculeux.

Les cartilages articulaires et l'os ne semblaient pas envahis par la tuberculose. En examinant attentivement la région malade, on pouvait constater que l'infection s'était propagée sans discontinuité de la bourse prérotulienne à l'articulation.

Ce cas diffère un peu des précédents en ce sens que la tuberculose n'était pas restée localisée à la bourse prérotulienne, qu'elle avait envahi l'articulation et cela d'une façon directe.

---

dangereuse dans ce cas. Le revolver d'ordonnance est aussi une arme plus redoutable que ne le comportait la situation. Une malheureuse affaire, alors récente — un officier dont un camarade avait broyé le coude en une rencontre qu'on n'avait pas cru devoir être sérieuse — avait assagi les plus fous et on avait résolu de s'en tenir au pistolet de combat. On avait réussi à trouver deux armes à peu près pareilles dont on se contenterait. Restait à fixer le lieu du combat. Il ne fallait point songer à se battre sur le pénitencier, où la querelle avait eu lieu; c'eût été trop grave au point de vue disciplinaire, car il va sans dire qu'il était impossible de demander une autorisation d'avance refusée. Or, le pénitencier était dans une île étroite. Un subterfuge était nécessaire pour emprunter un des canots qui faisaient le service entre l'île et la grande terre, canots dont les départs avaient lieu à heure fixe et dont chaque voyage était étroitement surveillé. Le prétexte fut celui d'une excursion projetée à l'improviste pendant la soirée. Une embarcation spéciale fut demandée dans ce but et ce qu'il se déploya d'adresse, d'habileté, de flagorneries pour l'obtenir du commandant du poste, est à peine croyable. On

Enfin deux autres observations ont trait l'une à un jeune homme de vingt ans qui fut d'abord atteint d'une tumeur indolore et fluctuante de la bourse séreuse du grand trochanter, puis d'une coxalgie, et qui enfin succomba à une tuberculose généralisée — l'autre à une enfant de huit ans porteuse d'un volumineux abcès froid de la bourse du grand trochanter qui fut ouverte et guérie par première intention.

M. d'Arcy Power estime que l'envahissement des bourses séreuses par la tuberculose est encore assez fréquent, puisque, dans un espace de temps en somme restreint, il a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas Cependant les traités classiques de chirurgie signalent à peine ce fait.

Il est certain que la tuméfaction des bourses séreuses préarticulaires a une très grande importance. Elle permet de prévoir et de prévenir une tuberculose de l'articulation sous-jacente.

Le traitement consiste dans l'incision large de la boursee séreuse alors même qu'il n'y a pas encore de pus. La ponction ne donne pas d'aussi bons résultats. C'est un peu ce qui se passe dans la péritonite tuberculeuse qui, dans la majorité des cas, guérit plus rapidement, plus complètement par une laparotomie, plutôt que par une simple ponction.

Quand la suppuration s'est produite dans la bourse séreuse, l'abcès doit être largement ouvert, les parois de la cavité doivent être curetées, la poche doit être lavée soigneusement. Il faut faire ensuite la suture de façon à obtenir, autant que possible, la réunion par première intention.

Cette réunion immédiate a la plus haute importance. Quand on l'obtient il y a toutes les chances pour que le malade échappe à l'envahissement secondaire de son articulation par la tuberculose. Quand, au contraire, la réunion par première intention n'est pas obtenue, l'infection de l'articulation a beaucoup plus de chances de se produire.

Après l'incision il convient de maintenir l'articulation dans une immobilité absolue. Cette immobilisation a pour but de diminuer le plus possible la congestion qui a pu se produire autour de la bourse malade.

Exposons maintenant le résumé d'un travail de M. E. Halsted Myers sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche (*Annals of Surgery*, août 1894). Ce chirurgien a observé de très nombreux cas de luxation congénitale de la hanche. Il a essayé de déterminer quel degré de raccourcissement on observe en moyenne aux différents âges des sujets laissés sans traitement. Ses recherches, qui ne reposent malheureusement que sur un petit nombre d'observations, arrivent aux conclusions suivantes :

---

l'obtint cependant. Pour détourner tout soupçon on résolut aussi qu'on se rendrait tous ensemble au quai en affectant la plus grande cordialité et le plus de gaieté possible. Des bourriches bien garnies avaient été ostensiblement préparées et apportées ; au fond de l'une d'elles les vieux pistolets, dûment empaquetés, se dissimulaient traîtreusement. Enfin nous voici embarqués, on pousse, les avirons sont armés, avant partout.

J'étais assis tout à l'arrière, à la place d'honneur, celle qu'on nomme en marine la place du curé parce qu'on la réserve à l'aumônier, quand il y en a un à bord. A ma droite et à ma gauche, les deux groupes de témoins ; puis, en face l'un de l'autre, à l'endroit le plus élargi de la chambre, les deux adversaires. Il faisait une chaleur torride, une chaleur de fournaise comme en est prodigue le mois de janvier de l'hémisphère austral. Malgré la diligence qu'on avait pu faire, le soleil était haut déjà sur l'horizon. La mer étincelante nous renvoyait à la face les rayons ardents qui l'incendiaient. Et le trajet devait être long, on comptait une grande heure et demie de traversée pour atteindre l'endroit où nous nous proposions d'aborder.

Entre un et deux ans, le raccourcissement en moyenne atteint 5/8 inch ; entre deux et trois ans, 5/8 inch ; entre trois et quatre ans, 6/8 inch ; entre quatre et cinq ans, 7/8 inch ; entre cinq et six ans, 9/8 inch ; entre sept et huit ans, 13/8 inch ; entre onze et douze ans, 12/8 inch ; entre treize et quatorze ans, 15/8. On sait que le inch équivaut a 2 centimètres 1/2. D'après ces chiffres, le raccourcissement augmente avec la croissance ainsi que le prouve la clinique. Il en est de même de la claudication. Celle-ci, cependant, paraît dépendre autant du degré de relâchement de l'articulation que du raccourcissement. On voit des malades boiter beaucoup avec un léger raccourcissement, et vice versa. Voilà ce qui a trait aux symptômes dont la plupart nous sont connus.

M. H. Myers, étudie ensuite les différents traitement. D'après son expérience, tous les cas traités par l'extension et les appareils ont récidivé plus ou moins longtemps après la suppression de l'appareil. Le fameux cas de Buckminster-Brown (petite fille de quatre ans, atteinte de luxation double congénitale de la hanche, regardée comme guérie après deux et trois mois d'entension continue) a récidivé; de même, dans le cas de Post, il y a une légère récidive (luxation unilatérale de la hanche chez un jeune enfant; réduction sous chloroforme et maintien par un appareil plâtré durant un an ; résultat publié comme satisfaisant). L'auteur a cependant reçu de Max Schede une lettre dans laquelle ce chirurgien lui annonce qu'il a complètement guéri quatre enfants sans opération, au moyen de l'extension et de son appareil qui maintient le membre en abduction constante, même pendant la marche. Les enfants étaient âgés de six à dix-huit mois quand fut commencé le traitement qui dura de un à quatre ans.

Il étudie ensuite les différentes méthodes de traitement et les différentes opérations proposées dernièrement et enfin arrive aux conclusions suivantes. A tout âge on peut d'abord essayer d'obtenir la guérison par le repos et l'extension, ou par le traitement de Paci : réduction forcée, immobilisation et extension. En cas d'échec, on peut essayer les injections de chlorure de zinc préconisées par Lannelongue; si l'on ne tient pas encore le succès, et si l'enfant n'a pas plus de dix ans, on recourra à l'opération de Hoffa ou à celle de Hoffa modifiée par Lorenz. Si l'enfant est plus âgé, que la déformation soit accentuée ou qu'il y ait de fortes douleurs, on peut faire l'ostéotomie sous-trochantérienne comme l'a proposé Kirmisson ou la nouvelle opération de Hoffa, qui consiste à pratiquer une section osseuse au niveau de la ligne intertrochantérienne, à couper la partie postérieure de la capsule pour obtenir une bonne situation de la tête sur l'ilion, et à mettre le membre inférieur en abduction ; le malade peut marcher avec un appareil quand il est resté 3 mois en traitement.

Les visages ne se contraignaient plus. La gaîté factice du départ en avait disparu pour faire place à l'expression d'autres sentiments. Cependant, ce n'était pas une haine farouche ou implacable qui se peignait sur les figures de mes compagnons. C'était une impression d'ennui et de fatigue extrêmes ; je l'éprouvais moi-même et cela se comprenait de reste. Quelques rares maringoins qui s'étaient dissimulés dans les replis de nos vêtements, dans l'espoir de faire bonne chaire à nos dépens, s'étaient hâtés de rejoindre à tire d'ailes les ombrages frais des *bouraos* et des *banians*. Il n'était plus question des coups de plat de main sous lesquels machinalement on écrasait, la veille, ceux qui s'attardaient à leur succulente piqûre. C'est à éponger nos fronts ruisselants que s'employait toute notre activité, et elle n'y réussissait point. Les gouttes de sueur, grosses, pressées, toutes chaudes, jaillissaient de nos pores sans relâche, tombant à terre du bout de chacun de nos poils, se réunissant en filets le long du nez, descendant en fleuve dans les cous, coulant en cascades de l'extrémité de nos doigts. Les mouchoirs n'y suffisaient pas : le spectacle était pitoyable.

Enfin, quelle que soit la thérapeutique appliquée, le nombre des cures parfaites est très petit, celui des améliorations est considérable. La luxation double donne de moins bons résultats que la luxation simple. La lordose est ordinairement corrigée; cependant il persiste ordinairement une légère flexion spinale due à l'atrophie du membre inférieur et du bassin. La claudication persiste presque toujours, mais peut être à peu près complètement, sinon totalement corrigée, par le port d'une chaussure appropriée. Enfin, étant donnée l'augmentation progressive des lésions quand on les abandonne à elles-mêmes, on ne saurait trop recommander d'opérer.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. PICQUÉ communique à la Société de chirurgie deux observations de M. Braud, médecin de la marine. La première a trait à un *cas de pseudo-rhumatisme pernicieux survenu au cours d'une dysenterie grave.* En pleine période d'état, l'on vit le genou gauche devenir subitement le siège d'un gonflement douloureux, en même temps que la température s'élevait à 40°, avec état typhoïde grave. Le diagnostic d'arthrite blennorrhagique étant éliminé, une ponction de l'articulation donna issue à un pus jaunâtre dans lequel l'examen bactériologique révéla la présence de microcoques en chainette, mais dont il fut impossible de faire des cultures. Une large arthrotomie avec irrigations antiseptiques dans l'intérieur de la jointure guérit parfaitement le malade. Cette forme grave d'arthrite dysentérique est peu commune. L'auteur ne l'a guère observée que deux fois sur 200 cas environ de dysenterie qu'il a traités. Généralement, l'arthrite dysentérique est bénigne et n'apparaît guère avant la convalescence. Dans la deuxième observation, il s'agit d'un cas d'*appendicite suppurée à pneumocoque, avec péritonite généralisée guérie par laparotomie*, chez un jeune sujet. L'appendicite avait débuté au cours d'une pneumonie; une collection purulente s'était formée dans la fosse iliaque droite, puis la péritonite avait fait son apparition quelques jours plus tard. Une incision pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite, sur le bord externe du muscle droit, permit d'évacuer un vaste foyer purulent dans lequel l'examen bactériologique n'a pu déceler qu'un seul microbe, se rapprochant par tous ses caractères du pneumocoque de Frænkel. Ce cas de péritonite pure à pneumocoque de Frænkel, est encore le seul observé dans la science.

M. LARGER vient ensuite communiquer *un nouveau procédé de cheiloplastie* par em-

---

Malgré tout, quelques mots commençaient à s'échanger. Chacun des deux trios hostiles causait en *a parte*. Je n'y portai point attention d'abord, mais quelques paroles perçues par hasard me firent tout à coup dresser une oreille attentive non moins que surprise. Elles étaient proférées par la voix de basse-taille du gros adversaire de mon ami. Peut-être essayait-il de parler bas; peut-être avait-il l'illusion qu'il y arrivait; peut-être aussi... mais je n'ai jamais voulu tirer au clair la dernière hypothèse. Il me suffisait alors et il m'a suffi depuis du résultat que je commençai à entrevoir.

« Voyez-vous, mon cher, disait-il, à l'un de ses témoins, on est sot à tout âge. Je vous demande un peu si je n'aurais pas dû être assez sérieux pour ne pas me fâcher d'une plaisanterie pas bien méchante en somme. Et voilà maintenant deux bons commarades, comme X... et moi, exposés à nous blesser gravement peut-être, pour une babiole. »

Les témoins ne bronchaient pas.

Quelques instants après, il reprit : « Ce n'est peut-être pas déjà bien drôle ou bien

prunt d'un lambeau à la lèvre saine. Ce procédé paraît inspiré de celui d'Esthlander. Ayant à combler une large perte de substance quadrangulaire dans les deux tiers gauches de la lèvre inférieure, après ablation d'un épithélioma, l'auteur prit dans toute l'épaisseur de la lèvre supérieure saine un grand lambeau trapézoïde, à pédicule situé du côté de la commissure et limité par deux incisions, l'une suivant le pli naso-labial, l'autre, à peu près verticale, rejoignant en haut la précédente au-dessous de l'aile correspondante du nez. Le rebord muqueux de ce lambeau étant abrasé, celui-ci fut abaissé, sans torsion du pédicule, dans la brèche de la lèvre inférieure, et fixé par des points de suture. Il restait dans la lèvre supérieure une perte de substance, en forme de très large V renversé, que l'auteur rétrécit en haut par quelques points de suture. Puis, l'opération fut complétée par l'adossement, dans chacune des deux nouvelles lèvres ainsi formées, de la peau à la muqueuse par-dessus la portion musculaire cruentée qui les séparait. M. Berger n'est point partisan de ce procédé. Pour lui, quand il s'agit de réparer une perte de substance à la lèvre inférieure, ce qu'il importe avant tout, c'est d'en restaurer le rebord muqueux, qui, dans le procédé de M. Larger, semble complètement sacrifié. M. Kirmisson est du même avis; en outre, il se demande ce que deviennent dans ce cas la musculature et l'innervation de la lèvre supérieure.

M. Routier vient à son tour exposer à la Société une nouvelle *modificatiou apportée à l'opération de Kraske,* dans le cancer du rectum, par M. Moulonguet (d'Amiens). Ayant eu à enlever par la voie sacrée deux cancers du rectum ne remontant pas très haut, ce chirurgien, après avoir décollé le péritoine le plus haut possible et poursuivi en bas la dissection totale du rectum dans l'intérieur du sphincter, en ménageant scrupuleusement ce dernier, a réséqué, avec la portion malade, la totalité du rectum située au-dessous; puis, abaissant le bout supérieur de l'intestin sectionné jusque dans l'intérieur du sphincter, il a suturé ce bout à la muqueuse anale. Par ce procédé, on se mettrait à l'abri des complications post-opératoires. Il diffère de celui de Kraske, en ce que ce dernier chirurgien conserve la portion saine du rectum située au-dessous du néoplasme, pour la suturer ensuite au bout supérieur. Le premier malade opéré en 1890 par M. Moulonguet était dans un état de cachexie très avancé; aussi est-il mort de shock opératoire quelques heures après l'opération. Le deuxième, sujet de 38 ans, déjà tuberculeux depuis l'âge de 19 ans, et atteint d'un cancer de l'extrémité inférieure du rectum, compris entre 1 et 8 centim. au-dessus de l'anus, a été opéré au mois de mai dernier, et se trouve actuellement complètement guéri, avec un sphincter physiologiquement normal. M. Routier pense que, dans les cas de cancer très élevé ou remontant très haut,

---

malin le métier que nous faisons-là, même si l'on s'en veut beaucoup. Mais, lorsqu'il s'agit de vétille, vrai, je trouve cela idiot. »

Nouveau silence, même raideur des témoins.

Quelques minutes de nouveau se passent, puis : « Croyez-moi si vous voulez, mais si, tout à l'heure, je ne dis pas je tuais, Dieu m'en garde, si je blessais seulement ce pauvre garçon, je me le reprocherais toute ma vie. Et je parie que lui aussi pense de même... Vous ne me croyez pas ?... demandez-le lui donc un peu pour voir... Cela ne se fait pas ? Cela m'est bien égal, par exemple. Hé bien ! je vais le lui demander moi. »

Et, à mesure qu'il parlait, il élevait davantage la voix. Aux sourires qu'essayaient de dissimuler ses voisins d'en face, je voyais qu'ils avaient entendu une partie de son monologue. Je crus le moment venu de sauver la dignité de la situation, sans rien compromettre par ailleurs. Je priai mon ami de s'asseoir près de moi pendant quelques moments et je le mis au courant de ce qui se passait. Il en informa à son tour ses témoins, sur ma demande. Pendant ce temps, j'essayai d'agir doucement sur les deux

la modification proposée par M. Moulonguet serait inapplicable, parce qu'il faudrait dans ces cas réséquer une trop grande quantité de rectum et que l'abaissement deviendrait alors impossible. Il n'en reste pas moins acquis que pour les autres néoplasmes de l'organe, ce procédé mérite d'être conservé.

Enfin M. Quénu présente un enchondrome du voile du palais, enlevé par la voie sous-maxillaire et qui faisait saillie, à droite, dans la région du cou, après avoir envahi l'espace maxillo-pharyngien et oblitéré par compression le pavillon de la trompe d'Eustache.

FORMULAIRE D'HYGIENE

Installation d'une chambre de malade

L'isolement des malades atteints d'affections contagieuses est considéré aujourd'hui comme étant de nécessité absolue pour la sécurité publique; il faut donc se tenir prêt à s'y conformer. Cette précaution est surtout indispensable dans les familles où les enfans sont nombreux.

Dans toute maison bien tenue, dans tout appartement hygiéniquement disposé, il doit y avoir une *chambre de malade*, c'est-à-dire une pièce installée en vue de l'isolement. Elle peut être occupée dans l'intervalle, mais elle doit être prête à recevoir un contagieux et à le traiter dans les meilleures conditions possibles.

La *chambre de malade* doit être située à un étage assez élevé pour qu'on n'y entende pas les bruits de la rue ; elle ne doit communiquer avec le reste de l'appartement que d'une manière indirecte, afin d'éviter la transmission des miasmes et pour que le malade ne soit pas incommodé par le va-et-vient des corridors et des pièces voisines. Les fenêtres doivent s'ouvrir sur la façade postérieure pour recevoir un air plus pur.

La *chambre de malade* doit être haute de 3m50 au moins, et cuber de 50 à 60 mètres. Elle doit avoir deux fenêtres et une cheminée tirant bien. Tous ses angles doivent être arrondis, tant au point d'intersection des murs, qu'au voisinage du plafond, afin d'éviter la formation de dépôts de poussière.

Les murs et le plafond seront recouverts de ciment anglais (plâtre aluné) ou de stuc parfaitement poli, afin qu'on puisse les laver à grande eau, ou les désinfecter avec des liquides antiseptiques. On pourra toutefois, par mesure d'économie, peindre les murs à l'huile, on choisira dans ce cas, de préférence, les nuances adoucies, telles que le havane clair ou le gris-perle.

---

autres. Nous nous sentîmes tous alors en si étrange posture que le comique de la situation devait finir par l'emporter. Il l'emporta en effet. Avec les précautions nécessaires pour ne heurter de front aucune susceptibilité dont le réveil pourrait tout gâter, j'amenai, à ma grande joie, une franche et entière réconciliation entre deux hommes qui n'avaient jamais eu et n'eurent ensemble, depuis ce jour, que les plus amicales relations. Nous achevâmes cependant le voyage. La promenade simulée devint réelle et on fit aux bourriches un honneur et une joie inattendus.

Il fallait sauver les apparences. Un procès-verbal en due forme fut rédigé : deux balles ont été échangées sans résultat ; les adversaires se sont serrés la main sur le terrain. On se promit de garder le secret. Mais un secret à sept n'est pas né viable. Les indiscrétions n'eurent d'autre effet que d'amuser ceux qui les connurent. Depuis longtemps cette histoire est devenue légendaire dans le pays où elle s'est passée. La considération de personne n'en a été atteinte et j'ai pensé que la mienne ne souffrirait pas davantage de cette dernière violation d'un secret devenu sans objet.

Le plancher sera rendu imperméable par l'application de plusieurs couches d'huile de lin bouillante.

Il ne devra y avoir dans la *chambre de malade* ni alcove, ni placards, ni anfractuosités. Si elle est habitée dans l'intervalle et s'il s'y trouve des tentures ou des rideaux en étoffe, des tapis, des sièges capitonnés ou recouverts en tapisserie, il faut la débarrasser de tout cela, avant d'y mettre le malade.

Quand ce déménagement est opéré, on laisse les fenêtres ouvertes pendant une couple d'heures, puis on allume un bon feu dans la cheminée et, lorsque la pièce est suffisamment échauffée, on bassine le lit et on y couche le malade. Il ne doit plus alors être approché que par les personnes appelées à le soigner. Celles-ci doivent prendre les précautions qui ont été indiquées dans d'autres articles.

COURRIER

L'ABUS DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES EN ALLEMAGNE. — Un journal médical de Hambourg fait ressortir le tort que cause à la santé publique l'abus des spécialités pharmaceutiques que leurs inventeurs recommandent pour toutes les maladies imaginables. Le malade entreprend de se traiter lui-même, souvent en dépit du bon sens ; il soigne de même ses parents et ses amis, et souvent, lorsque le médecin est appelé, la maladie a fait des progrès et le traitement rationnel est impuissant. L'auteur propose de n'autoriser la vente que des seules spécialités expérimentées et approuvées dans les hôpitaux. Il voudrait également qu'elles ne fussent livrées au public que sur ordonnance de médecin et dans les flacons qui servent d'ordinaire aux préparations officinales, sans être accompagnées d'aucune réclame élogieuse du fabricant.

— Depuis quelque temps, la presse médicale de tous les pays, tenant compte des difficultés que présente l'adoption de plusieurs langues officielles dans [illegible] [illegible]ernationaux de médecine, a montré l'avantage qu'il y aurait à n'avoir [illegible] seule langue officielle pour les communications et discussions dans ces grandes assemblées.

Si nous nous sommes abstenu du donner notre avis sur ce point, c'est que nos honorables collègues de la presse étrangère, à la tête desquels il faut placer les rédacteurs de la *Deutsche medicinische Wochenschrift* (de Berlin), du *British Medical Journal* (de Londres), du *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* (de Bâle), du *Vratch* (de Saint-Pétersbourg), mettant de côté tout amour propre national et croyant bien faire en recommandant de suivre l'exemple de la diplomatie, ont établi — mieux que nous n'aurions pu le faire nous-même, qui sommes en même temps juge et partie dans la cause — que la langue française était la seule à adopter dans les Congrès internationaux de médecine.

Nous enregistrons le fait avec plaisir et nous faisons des vœux pour que la proposition émise par nos distingués collègues reçoive pleine et entière satisfaction de la part du comité d'organisation du prochain Congrès international des sciences médicales qui doit se tenir à Moscou en 1896 (*Semaine médicale*).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris, — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène : La viande de porc. — II. Revue critique chirurgicale. — III. Médecine navale. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

HYGIÈNE

La viande de porc

La viande est l'aliment le plus réparateur, celui qui entretient le mieux les forces et permet la plus grande somme de travail possible. Le végétarisme n'est, en réalité, qu'un paradoxe, et la quantité de viande que consomme un peuple donne la mesure de son bien-être et de sa puissance productive.

En France, la quantité de viande consommée va toujours croissant. En 1842, elle n'était que de 20 kilogrammes par an et par tête, elle dépasse 35 kilogrammes aujourd'hui. On estime à 13,000 millions de kilogrammes la quantité totale de viande de boucherie qui entre chaque année dans la consommation. La chair de porc y figure à elle seule pour 400 millions (près du tiers). Le nombre des porcs existant en France, en 1889, était de 6,037,743. C'est à peu près la seule viande qui se consomme dans nos campagnes et cela se comprend. Le porc est facile à élever. Il se nourrit des détritus de la maison ; il n'y a guère de fermier ou de métayer qui n'en élève au moins un pour nourrir sa famille et le personnel de son exploitation. C'est un animal de petite taille, peu exigeant et dont toutes les parties sont [illegible] cause par[illegible] suffisam[illegible] la campagne, après avoir mangé ses abats, on sale la viande et on la conserve ainsi pendant plus d'un an. On la met, par petits morceaux, dans la soupe, avec les légumes ; elle ajoute à l'alimentation du paysan un peu de ces corps gras qui font défaut dans son régime.

La viande du porc est agréable, elle est saine et plus nourrissante que les autres viandes de boucherie. On est complètement revenu du préjugé qui consistait à la considérer comme indigeste. Le jambon est aujourd'hui accepté par les hygiénistes et prescrit par les médecins.

La répugnance et les appréhensions que la chair du porc a si longtemps causées tient aux maladies nombreuses auxquelles il est sujet et dont quelques-unes peuvent se transmettre à l'homme. C'est évidemment la cause qui l'a fait proscrire par Moïse et par Mahomet et qui en fait un objet d'horreur pour les juifs comme pour les musulmans. Parmi ces maladies, il y en a trois dont l'hygiène doit se préoccuper : la *tuberculose*, la *ladrerie* et la *trichinose*.

1° *Tuberculose*. — Le porc est beaucoup moins sujet à la tuberculose que les animaux de l'espèce bovine, mais il en est plus fréquemment atteint que le cheval, la chèvre et le mouton. Les signes, chez lui, sont très vagues, et se bornent à la pâleur des muqueuses et à l'amaigrissement. La marche en est souvent rapide, surtout chez les jeunes animaux. La constatation de la tuberculose chez un porc dans une ferme est, au dire de M. Veyssière, la preuve certaine que le reste du bétail est infecté et que le

lait des vaches est suspect (1). Malgré la courte durée de sa vie et le peu de danger qu'il présente au point de vue de la transmission de la tuberculose, le porc doit être surveillé avec attention dans les fermes et sa viande doit être saisie dans les mêmes conditions que celle du bœuf, c'est-à-dire lorsque la maladie est généralisée ou qu'elle coïncide avec l'amaigrissement de l'animal.

2° *Ladrerie.* — La *ladrerie* du porc est bien autrement fréquente que la tuberculose et sa transmissibilité ne laisse pas de doute. Elle est, comme on le sait, le point de départ du *tænia solium* de l'espèce humaine.

Le porc, avec sa voracité habituelle, mange, comme on le sait, tout ce qu'il rencontre, les excréments de l'homme comme le reste ; lorque ceux ci renferment des œufs de tænia, ou lorsqu'il s'en rencontre sur les fumiers, dans les mares où l'animal se vautre, il les ingère ; les embryons se développent dans son tube digestif, les larves en traversent les parois et vont se fixer dans les muscles ou elles s'enkystent et donnent naissance au cysticerque. Ce dernier, lorsqu'il est ingéré par l'homme, avec la viande dans laquelle il se loge, donne naissance au tænia parfait, qui se développe dans son tube digestif et dont les anneaux arrivés à maturité sont rejetés avec les selles. Les œufs repris par le porc, recommencent une évolution nouvelle et parcourent de nouveau ce cycle que les travaux de Küchenmeister, de Van-Beneden, de Leuckart et de Vogt nous ont fait connaître.

Dans les muscles du porc. les cysticerques se présentent sous la forme de petits kystes de 5 à 6 millimètres de diamètre demi-transparents, elliptiques, avec une tache blanche opaque sur le côté. Ces grains sont plus petits plus arrondis dans le lard salé ; ils sont de couleur rosée. Au microscope on aperçoit le scolex hors de sa vesicule, avec ses ventouses, son rostre conique et sa couronne de crochets.

Sur l'animal vivant, on peut quelquefois reconnaître la ladrerie à la présence de cysticerques sous le frein de la langue et àsa base. On en trouve plus rarement sous la conjonctive ou au voisinage de l'anus.

La recherche des *grains* de *ladre* sous la langue ou *langueyage* était autrefois confiée à des agents spéciaux ; quelques villes conservent encore un *langueyeur* pour l'examen des porcs mis en vente (2). Le résultat négatif de l'examen ne prouve pas que la viande soit saine parceque la localisation n'est pas constante.

Les régions dans lesquelles on rencontre le plus fréquemment le cysticerque, sont les muscles de la langue, ceux des épaules, du cou, les intercostaux, les psoas, le triangulaire du sternum. Les membres en renferment plus rarement et il en est de même chez le bœuf pour le *cysticercus inemis.* Le nombre de *grains de ladre* est parfois considérable et peut aller jusqu'à représenter la moitié du volume total d'un morceau de viande. Küchenmeister en a trouvé 133 dans un morceau pesant 17 grammes, ce qui ferait près de 8,000 par kilogramme (3). Par contre la ladrerie n'est

(1) *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France.* T. XXII, p. 328, 1892.

(2) Nocard et Leclainche. Maladies des animaux transmissibles à l'homme (Encyclopédie d'hygiène, T. II, p. 175).

(3) Nocard et Leclainche, loc. cit. p. 174.

souvent représentée que par quelques vésicules épaisses dans quelques uns des muscles que nous avons cités plus haut comme étant leur siège de prédilection.

La viande de porc ladre doit être saisie et détruite parce qu'elle constitue un grave danger. Dans beaucoup de pays, en effet, on mange la chair de porc crue ou à peine cuite. C'est notamment ce qui arrive en Allemagne où le tænia est très fréquent. Il est plus rare en France où on ne consomme la viande qu'à l'état de cuisson parfaite. Dans tous les pays ou on se livre à l'élevage du porc, comme en Pologne et en Hongrie, on signale la fréquence du tænia chez les personnes qui en préparent la viande, les charcutiers, les cuisiniers entre autres. Cela ne tient pas seulement à ce qu'ils ont plus fréquemment l'occasion d'en manger; mais encore à ce que le cysticerque peut pénétrer dans le corps de l'homme directement et sans être mêlé aux aliments. Les gens qui découpent et qui hachent la viande, dit Delpech, mettent souvent leur couteau dans la bouche pour avoir la main libre. Or, le cysticerque, lorsque sa vésicule a été ouverte, représente un corps d'un très petit volume qui s'introduit dans la bouche et dans l'estomac avec la plus grande facilité. Küchenmeister a également constaté que l'eau dans laquelle on a lavé des saucisses farcies de cysticerques en contiennent en assez grand nombre.

Il n'existe pas en France de réglementation spéciale relative à la ladrerie du porc. La saisie et les condamnations varient suivant les localités.

3° *Trichinose.*—Des trois maladies que nous avons énumérées plus haut, la trichinose est la plus grave. Il est douteux que jamais porc tuberculeux ait transmis sa maladie à l'homme, la ladrerie ne détermine qu'une affection sans gravité et dont on se guérit assez facilement; la trichinose, au contraire, cause parfois des épidémies meurtrières dans les pays où on ne fait pas cuire suffisamment la viande de porc. Elles sont très communes en Allemagne.

Le parasite qui cause cette maladie a été désigné par Owen, sous le nom de *trichina spiralis*. C'est un ver nématode, ovovivipare, long de 1 millimètre à 1,5 millimètre, enroulé en spirale dans un kyste calcaire ovoïde de 2 à 3 dixièmes de millimètre de diamètre.

Ces kystes se rencontrent surtout dans les piliers du diaphragme, les muscles du larynx, les intercostaux, les muscles du cou, plus rarement dans ceux des membres; ils sont situés dans les interstices celluleux des faisceaux musculaires.

Le porc contracte la trichine en se repaissant des débris musculaires ou des excréments de son congénère, mais il l'emprunte plus souvent encore au rat, chez lequel le parasite est extrêmement fréquent. La trichine peut se développer chez d'autres mammifères, chez les oiseaux, chez les vertébrés à sang froid; mais, en réalité, elle n'a d'intérêt que dans trois espèces: le rat, le porc et l'homme. Le rat constitue sans doute le foyer permanent de l'infection et le porc sert d'intermédiaire pour la contamination de l'homme.

La transmission se fait de la même manière dans les deux cas. Les *trichines* enkystées sont ingérées avec la chair des animaux qui en sont infectés; lorsqu'elles arrivent dans le tube digestif, les kystes se dissolvent sous l'action des sucs gastriques et intestinaux, et les jeunes trichines se

développent rapidement dans ce milieu favorable. Les organes génitaux, à peine ébauchés à l'état larvéien, acquièrent leur entier développement, les caractères sexuels s'accentuent, l'accouplement se fait et les jeunes s'échappent du vagin des femelles n'ayant pas encore un dixième de millimètre de longueur. Une femelle peut en contenir 1,200 à la fois. Les petites larves traversent les parois intestinales, grâce à leur ténuité ; quelques-unes pénètrent dans les petits vaisseaux et sont entraînées par le torrent circulatoire qui les dépose dans les muscles ; le plus grand nombre se place dans les interstices cellulaires pour arriver à la même destination d'une manière plus lente. Elles se sont accrues en chemin et alors elles se roulent sur elles-mêmes et s'entourent d'un kyste qui subit peu à peu la dégénérescence granulo-graisseuse et calcaire. Elle est complète au bout de quinze mois environ.

C'est dans cet état qu'on les trouve dans la viande de porc, lorsqu'on l'examine au point de vue de l'hygiène. Le nombre en est parfois considérable. Leuckart estime qu'un seul animal peut en contenir 30 millions.

La vitalité des trichines est considérable. Il est prouvé qu'elles ne sont pas tuées d'une manière certaine par la salaison et la fumure et qu'elles résistent au froid ; mais la chaleur les détruit sûrement. Les hygiénistes ne sont pas d'accord sur le degré auquel il faut élever la température ; mais on admet généralement qu'il est prudent de la porter à 60°. Seulement il faut être certain que cette température a pénétré jusqu'au centre du morceau, et on admet qu'il faut faire bouillir les jambons pendant un temps calculé à raison d'une heure par kilogramme et, quand il s'agit de viande rôtie, il faut prolonger la cuisson, jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus *de jus rosé* de la partie la plus épaisse de la pièce découpée.

La salure, avons-nous dit, ne détruit pas sûrement les trichines. Cette question a soulevé une controverse très ardente il y a treize ans. Les Américains se livrent, comme on le sait, à l'élevage du porc sur une grande échelle dans leurs Etats de l'Ouest, et en exportent des quantités considérables en Europe, sous forme de salaison. La France en recevait 40 millions de kilos chaque année. Elles arrivaient par cargaisons entières dans le port du Havre et se répandaient de là dans le pays tout entier, sans qu'il en résultât le moindre inconvénient, lorsqu'au mois de février 1881, le service d'inspection des boucheries de la ville de Lyon découvrit des trichines dans quelques morceaux de ces lards d'Amérique.

Les journaux s'emparèrent du fait ; il en résulta une panique, la préfecture du commerce s'en émut et, le 18 février 1881, le ministre du commerce fit rendre un décret interdisant l'importation de ces viandes. Pendant dix ans, tous les hygiénistes se sont élevés contre cette proscription, en faisant observer qu'on n'avait jamais observé la trichine en France parce qu'on n'y mangeait le lard qu'à l'état de cuisson parfaite ; que les autres pays de l'Europe avaient consommé ces lards salés sans aucun inconvénient et qu'enfin toutes les épidémies de trichinose connues avaient eu pour point de départ un porc mangé à l'état frais. Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est prononcé à quatre reprises différentes dans

même sens et ce n'est que le 4 décembre 1891, après dix années de protestations, que le ministre s'est décidé à lever l'interdiction (1).

Jules ROCHARD.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

—

Nous trouvons dans la thèse de M. Moulinier (de Toulouse) une observation intéressante de *ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorale* guérie sans le moindre accident et en permettant au membre de conserver toutes ses fonctions. On sait qu'autrefois une pareille pratique était absolument proscrite, mais que depuis l'antisepsie et même avant, certains chirurgiens tels que Rose, Wahl, Dolbeau et d'autres avaient pu sauver leur malade en leur pratiquant cette opération.

Mais revenons à l'observation qui est due à M. Chalot (de Toulouse) ; car elle est assez curieuse, la voici :

Une malade portait à la cuisse droite une tumeur allongée suivant la moitié inférieure du muscle couturier, s'étendant en bas jusqu'au-dessous du condyle interne du fémur et prolongée en haut le long des vaisseaux fémoraux jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'arcade crurale. Cette tumeur était une tumeur récidivante, probablement un sarcome.

M. le professeur Chalot proposa la désarticulation de la cuisse ; mais la malade refusa et il fallut donc se résigner à une exérèse aussi large que possible. Voici l'opération pratiquée le 16 avril.

Après les précautions antiseptiques d'usage, sous l'anesthésie à l'éther, le membre inférieur droit étant légèrement fléchi et maintenu en abduction, on cerne la tumeur par deux longues incisions courbes et l'on procède à son extirpation ; mais l'on s'aperçoit, chemin faisant, qu'elle se continue profondément dans les masses musculaires de la partie interne de la cuisse; on poursuit le mal aussi loin que possible, et nécessairement les grands délabrements qui en résultent rendent l'hémostase laborieuse, entraînent une perte de sang assez considérable.

Une fois la tumeur proprement dite enlevée, M. le professeur Chalot décide de supprimer tout le tissu de cicatrice irrégulier et suspect et qui est la trace des opérations antérieures. Seulement, comme le tissu de cicatrice paraît extrêmement adhérent aux vaisseaux fémoraux, on lie d'abord d'emblée, sous l'arcade, l'artère, puis la veine fémorale et on dissèque la cicatrice de haut en bas. Or, fait surprenant, contrairement à toute prévision, peu à peu l'on arrive à enlever tout le cordon cicatriciel sans blesser les vaisseaux.

Il est évident qu'il est très heureux que la malade ait pu supporter sans troubles du côté du membre inférieur la ligature de l'artère et de la veine fémorale ; mais nous ne pouvons échapper à cette réflexion : peut être en ne faisant pas la ligature d'emblée, M. Chalot eut-il pu enlever tout de même la tumeur et il ne peut être douteux que cette pratique eût été pré-

(1) Ce décret a paru au *Journal officiel* le 5 décembre 1891. Il a été reproduit dans le *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène*, t. XXI, p. 981.

férable ; il est possible, cependant, que l'hémorrhagie au cours de l'ablation ait forcé la main du chirurgien, quoique l'observation ne paraisse pas le faire croire.

Examinons encore une autre thèse, de Lyon cette fois, due à M. Maurice César, sur l'*amputation des membres frappés de paralysie infantile.*

L'auteur soutient que, parfois, on peut rendre de réels services aux malades en les amputant de membres frappés de paralysie infantile. C'est surtout pour les membres inférieurs que cette pratique est indiquée, mais elle peut être appliquée aux membres supérieurs.

Comme raisons qu'il invoque en faveur de cette intervention, on doit envisager d'abord son utilité fonctionnelle. Un malade qui a un membre inférieur paralysé, non seulement est très gêné par la présence de ce membre, mais l'application d'un appareil prothétique est sinon impossible du moins très difficile. Cette application est infiniment plus commode lorsque le membre inutile a disparu. Il n'est pas jusqu'au cul-de-jatte, paralysé des deux membres inférieurs, qui ne puisse, après l'amputation, trouver un point d'appui plus stable qu'il ne saurait l'avoir avec deux membres inférieurs sans consistance, flottant sans cesse autour de lui.

Mais ce n'est pas tout : les membres frappés de paralysie infantile n'ont pas la vitalité des membres sains ; ils sont sujets à divers troubles trophiques, à commencer par des maux perforants et aboutissant à des gangrènes qui peuvent compromettre l'existence. L'opération, qui s'impose dans ces derniers cas, gagne à être faite d'une manière prématurée.

Il nous semble que la chose ne peut être douteuse et que cette pensée viendra à tout praticien, d'amputer un membre qui est pendant, inutile, et le malade lui-même, quand il en a l'âge, réclame l'intervention ; mais il y a bien des degrés dans la paralysie infantile et il ne faudrait pas que l'amputation fût faite trop rapidement ; car on sait aujourd'hui quel parti on peut arriver à tirer d'un membre en apparence impotent, non seulement par le port d'appareils orthopédiques, mais encore grâce aux interventions nouvelles comme l'arthrodèse, pour n'en citer qu'une.

Citons encore un nouveau procédé d'*anesthésie par la cocaïne*, exposé par M. Krogius dans le *Centralb. f. Chirurg.*

Ce chirurgien conseille de faire l'injection non dans le derme, mais au-dessous de lui, au voisinage du tronc nerveux qui conduit la sensibilité dans le territoire de l'opération. L'anesthésie s'obtient dans toute la zone située au-dessous du point de l'injection.

Ainsi pour anesthésier tout un doigt il injecte vers la racine, sur le trajet des quatre nerfs collatéraux, une quantité de un à un et demi centimètre cubes d'une solution de cocaïne à 2 p. 100.

L'anesthésie atteint son maximum au bout de cinq à dix minutes après l'injection, et elle est suffisante pour amputer le doigt, enlever un ongle incarné ou ouvrir largement un panaris. En injectant deux ou trois seringues transversalement au-dessus de la paume de la main on peut l'anesthésier tout entière. Une injection faite au niveau de la racine de la verge anesthésie fort bien le prépuce. L'anesthésie dure environ un quart d'heure. L'application d'un lien, comme la bande d'Esmarch, la rend plus complète.

MÉDECINE NAVALE

—

La commission d'enquête et le service de santé

La délégation de la commission d'enquête sur la marine est en plein fonctionnement. Elle a quitté Cherbourg pour se rendre à Brest La sollicitude pour tout ce qui touche aux questions de la défense nationale, à la préparation de la guerre, est si minutieuse qu'aucun détail ne paraît échapper à la clairvoyance de ses investigations. Le service de santé qui est étroitement lié à toute action militaire et dont le rôle a aujourd'hui, une importance que nul ne saurait lui dénier en face du pays, a attiré l'attention bienveillante et éclairée de la commission qui a bien voulu lui consacrer, lors de son passage dans notre arsenal de la Manche, une grande part de son temps. On saura plus tard, lors de la publication des travaux de la commission, quelles idées ont été échangées entre elle et les autorités maritimes de ce port. En attendant, nous avons le devoir d'exposer ici brièvement les desiderata les plus importants du service de santé de la flotte, quitte à revenir avec plus de détails, dans l'avenir, sur quelques-unes de ces questions.

I

Le premier besoin du service de santé, celui dont dépend le plus directement l'accomplissement régulier des multiples fonctions qui lui incomberaient dès le lendemain d'une déclaration de guerre, c'est son autonomie. Il faut entendre par là que le service de santé doit être sans retard constitué à l'état de direction technique, au ministère de la marine. Nous avons déjà fait toucher du doigt, dans de précédents articles, le néant de notre organisation sanitaire. Nous avons montré ce fantôme sans consistance, ce trompe l'œil qu'est le Conseil supérieur de santé de Paris, dont le seul rôle effectif est de donner son avis sur les propositions et demandes de pensions. Voilà, chacun l'avouera, des attributions aussi prudemment restreintes que possible. Les intérêts compromis par une telle organisation sont d'une gravité qui exige qu'on y porte un prompt et radical remède. Nous sommes convaincus qu'ils n'ont point passé inaperçus pour la commission. Pour peu qu'elle ait voulu se rendre compte des ressources dès aujourd'hui réalisées en ce qui concerne le matériel médical et pharmaceutique dont disposerait la marine en cas de mobilisation, elle a dû se convaincre facilement qu'il est tout à fait au-dessous des besoins. Ç'a été peut-être pour elle une douloureuse surprise, mais l'explication de ce regrettable état de choses aura sans doute fait cesser son étonnement. Il est à peine besoin de dire que le corps de santé n'a, dans cette situation déplorable, aucune part de responsabilité. Il n'a été ni négligent, ni imprévoyant, ni rétif au travail. On ne peut pas savoir, dans le public, la somme considérable de besogne sérieuse qu'ont fournie à ce sujet, depuis quelques années, les directions des cinq ports. Mais il suffit de parcourir le recueil des *Archives de médecine navale* pour constater, par le nombre et l'importance des mémoires écrits par les médecins de la marine, sur tout ce qui se rapporte à l'approvisionnement médico-chirurgical des navires et au service des blessés pendant le combat à bord ou à terre, en France et à *l'étranger*, combien ces problèmes préoccupent l'ensemble du corps et de quelle inquiétude, en face du néant actuel, ils sont le très évident et très pénible symptôme. Non, la faute n'est pas au corps de santé si rien n'existe et si rien ne se fait. La faute est tout entière à l'organisation qui l'a placé et qui le maintient, en dépit de toute logique, dans la dépendance absolue de deux bureaux : celui des *corps entretenus*, en ce qui concerne le personnel ; celui des *subsistances* (!) en ce qui concerne le matériel. Laissons de côté le personnel pour le moment.

C'est donc le bureau des subsistances qui reçoit, centralise, entasse et... étouffe tout le travail fourni, tous les rapports, toutes les solutions, toutes les propositions. Que voudrait-on d'ailleurs qu'il fît de mieux, étant donnée son absolue incompétence? Et ici éclate encore dans sa séculaire beauté le vice rédhibitoire et traditionnel de la marine, celui dont le danger semble commencer à frapper les moins prévenus, l'absence complète et fatale de toute responsabilité. Car à qui s'en prendre? A nos confrères? Ils font ce qu'ils peuvent pour atténuer et contrebalancer le mal; aux chefs du corps? Ils passent leur temps à crier... dans le désert; aux bureaux? Oui, sans doute, mais les bureaux sont impersonnels; dans cette chaîne ininterrompue de fonctionnaires qui va du commis expéditionnaire au ministre en passant par les chefs de bureau et les directeurs du ministère, il est de toute impossibilité de dire à quel anneau débute la responsabilité.

Aussi le mode d'approvisionnement pharmaceutique et le système des rechanges de nos bâtiments reste défectueux comme devant; nous n'avons pas de coffres de combat, nous n'avons pas de brancardiers, ni de postes de blessés, ni de moyens de transport convenables, rien en un mot de ce qui devrait et aurait pu être prêt depuis longtemps. Ceux qui douteraient de l'influence néfaste de l'organisation surannée à laquelle on semble craindre d'apporter la moindre amélioration n'ont qu'à comparer le degré de perfection où les médecins militaires ont su amener leur service depuis que la dure leçon de 1870 a conduit à leur accorder leur autonomie La comparaison avec la stagnation, l'immobilité, l'absence de tout progrès qui désole nos confrères de la marine est, à ce sujet, éminemment suggestive.

Une refonte totale, une transformation intégrale de l'économie même du corps de santé est devenue indispensable. Il ne suffit pas de rétablir le grade d'inspecteur général, ni même l'ancienne inspection générale dans son intégralité. Ce ne serait là qu'un avantage personnel, d'ailleurs illusoire, qui ne changerait rien aux errements actuels et ne remédierait à rien d'essentiel. Ce qu'il faut, ce qui est de toute nécessité, c'est la constitution d'une direction technique du service de santé au ministère de la marine.

II

La situation personnelle des officiers du corps de santé n'est pas moins digne d'attention que le fonctionnement même du service. Certes le danger, dans le cas d'une mobilisation, est moindre de ce côté que de l'autre. Si le cadre d'activité est un peu restreint par suite de nombreuses démissions et retraites anticipées d'une part, de l'autre par suite des destinations coloniales nombreuses que reçoivent les médecins de la marine pour combler les vides toujours béants du corps des colonies dont le recrutement reste insuffisant, — en revanche le cadre de réserve est bien pourvu, en raison même du nombre d'officiers qui quittent prématurément le service. Nul ne doute d'ailleurs que nos confrères ne sachent, à l'occasion, se multiplier, suppléer par le dévouement et le courage dont on les sait coutumiers à un défaut numérique de personnel. Mais est-ce une raison dont on puisse se prévaloir pour ne point relever leur situation, pour ne point leur accorder de légitimes satisfactions de carrière; pour ne point tenir compte de l'invincible découragement qui résulte pour eux de l'inutilité de leurs efforts, de l'inanité du travail, de la lenteur, on pourrait dire de l'arrêt presque complet de l'avancement.

Dans ces cinq dernières années, sur un effectif de 200 médecins de 1re classe, il a été fait 29 promotions au grade de médecin principal; soit 4,9 par an, 2,5 p. 100!

Pendant la même période il a été fait 11 médecins en chef sur 60 principaux; c'est-à-dire 2,2 par an et 3,6 p. 100. Les chiffres de l'an dernier montrent que ces proportions

déjà si faibles vont encore en diminuant. Depuis le 1er janvier 1893, en 21 mois, il y a eu seulement 2 médecins en chef et 5 médecins principaux promus.

Les médecins de 1re classe qui vont passer principaux à l'ancienneté ont maintenant 14 ans de grade et il ne faut point oublier que leur nouveau grade n'est pas assimilé à celui de capitaine de frégate (lieutenant-colonel) qui n'existe pas dans le corps de santé, mais à celui de chef de bataillon, et qu'un petit nombre d'entre eux seulement pourront atteindre, avant l'âge de la retraite, la situation de médecin en chef. Ceux qui ont actuellement neuf ans de grade et 41 ans d'âge en moyenne ne seront pas nommés principaux avant 10 ans, si rien ne change.

Pour ces quarante promotions dans les deux grades d'officiers supérieurs, il est entré dans le corps pendant les mêmes cinq années 153 (cent cinquante trois) médecins de 2e classe. Les retraites normales et les décès sont loin de représenter la différence des deux chiffres. Qu'on juge par là de l'avenir réservé aux jeunes docteurs que la marine a séduits.

Rien ne fait mieux toucher du doigt l'état de souffrance du corps que le tableau comparé des officiers de réserve des différents services de la flotte. Il y a 17 médecins en chef de réserve (c'est-à-dire n'ayant pas atteint la limite d'âge) pour 19 médecins en chef de l'activité ; 27 médecins principaux de réserve pour 60 de l'activité ; et 138 médecins de 2e classe dans le même cadre, pour 220 du cadre actif ! En y ajoutant 40 médecins de 1re classe dans la même position on arrive au total de 222 officiers de réserve sur un effectif de 480 officiers actifs ! Ainsi le corps de santé compte 1 médecin de réserve pour 2 officiers du cadre normal. Les officiers de marine ont seulement 192 officiers de réserve pour 1,600 officiers servant activement, soit 1 pour 8 ; les mécaniciens 50 pour 189, soit 1 pour 4 ; les ingénieurs 6 pour 111, soit 1 pour 19 ; les commissaires 68 pour 331, soit 1 pour 5.

En somme le tiers des médecins abandonne le service avant l'âge de la retraite : plus des deux tiers des médecins de deuxième classe renoncent à la carrière dès le début ! Tout commentaire ne peut qu'affaiblir l'éloquence d'une pareille constatation.

III

Un autre enseignement ressort cependant de l'exposé de ces chiffres et il est bon de le mettre en lumière en terminant. La marine ne forme pas ses médecins sans bourse délier. Depuis quatre ans surtout, depuis la création de l'Ecole de Bordeaux, leur instruction lui coûte cher, très cher. Le remboursement des frais universaires exigé des jeunes gens qui la quittent avant l'expiration de l'engagement réglementaire ne représente, aujourd'hui, qu'une bien minime portion des débours qu'elle a dû faire. En outre, les officiers qui la servent assez longtemps pour y gagner leur retraite, mais qui prennent celle-ci prématurément, plusieurs années avant leur limite d'âge, sont nombreux ; d'où une nouvelle et importante cause de dépenses, puisque le payement de la retraite s'ajoute à la solde d'activité de l'officier qui remplace l'absent dans les cadres. Ces deux charges ajoutées sont lourdes et il semble qu'il y aurait profit, pécuniairement parlant, si une partie des sommes ainsi perdues était consacrée à améliorer assez la situation du corps pour retenir au service la majeure partie de ceux qui le quittent avant l'heure. Tout le monde y trouverait son avantage : la marine et les officiers.

Ce bénéfice, matériel n'irait pas seul. La valeur professionnelle et le niveau du corps seraient relevés du même coup. Quand le concours existait, stimulus et sanction du travail, chacun se sentait maître de son avenir et l'élite pouvait se le faire très beau. Ceux qui, à la conscience de leur mérite personnel joignaient l'énergie et la volonté

d'arriver, s'attachaient à une profession qui offrait des chances sérieuses d'avancement et des situations honorables. Ceux-là, aujourd'hui, promptement convaincus de l'inutilité de tout effort et dégoûtés d'une carrière où le hasard seul, sous toutes ses formes, hasard des circonstances, des embarquements et des relations, est le maître de leur avenir, ceux-là s'en vont de bonne heure et portent ailleurs une activité, une intelligence, un amour de l'étude dont ils ne trouvent pas dans la marine une juste et sûre rémunération.

Ainsi tout se tient, tout se ligue pour niveler, — par en bas, — ce pauvre corps de santé qui récèle encore beaucoup de forces vives, mais qui s'éteint dans le marasme et le découragement : plus d'avancement, plus de concours, départ précipité des meilleurs sujets.

Le mal que nous signalons une fois de plus est grave. Il n'est pas sans remède. Nous avons indiqué ceux qui seraient efficaces, et en cela nous n'avons rien appris à personne dans la marine, où chacun les connaît bien. Mais leur application se heurte à une difficulté presque insurmontable ; elle se heurte à la volonté de ne rien faire.

FORMULAIRE

Traitement de la gastralgie avec vomissements chez une jeune femme chloro-anémique à sommets suspects (Labadie-Lagrave).

Au moment des crises, prendre une cuillerée à bouche du mélange suivant :

Eau chloroformée.............	100 gr.
Sirop de codéine...............	20 —
Menthol dissous dans l'alcool....	0 20 cent.
Chlorhydrate de cocaïne.........	0 05 —

On peut prendre jusqu'à 5 et 6 cuillerées à soupe par jour.

On boira, aux repas, du lait additionné de bicarbonate de soude.

Gelée de glycérine pour les mains

L'*Union pharmaceutique* recommande la préparation suivante contre les gerçures des mains et des lèvres :

Grenétine.........	8 gr. 50
Eau de roses......	180 gr.

On additionne le liquide refroidi et encore fluide de 20 grammes d'albumine, on chauffe de nouveau, l'albumine se coagule et on obtient un produit très limpide que l'on mélange avec 180 grammes de glycérine; tenant en dissolution 0,75 d'acide salicylique. On filtre avec un entonnoir à eau chaude ; la préparation est ensuite versée dans des flacons à large ouverture, où elle se prend en masse.

Contre les vomissements de la seconde enfance (Fonssagrives)

Essence de Cajeput...	VI à XII gouttes
Sucre................	2 gr.

Faites un oléo-saccharum.

Ajoutez :

Sirop de tolu......	30 gr.
Eau de mélisse....	100 —

Une cuillerée à café à une cuillerée à bouche par heure.

COURRIER

—

A PROPOS DE LA RAGE

Nous reproduisons ici une lettre que M. Duclaux a reçue et à laquelle il a répondu comme il convient dans les *Annales de l'Institut Pasteur* du 25 septembre.

Vichy, le 24 août 1894.

A la table d'hôte de l'hôtel de Vichy où je prends les eaux, on a soutenu qu'à l'Institut Pasteur, quand se produit un cas de rage inguérissable parce que la maladie arrive à sa dernière période, et qu'il y a des accès, le malade, placé dans une baignoire, a les veines ouvertes, ou bien qu'il est empoisonné.

Ce procédé serait contraire aux lois religieuses, et aussi, à ce que je crois, aux lois humaines. J'ai donc démenti le fait autant que j'ai pu. Me donneriez-vous un argument décisif en me disant d'un mot ce qui se passe.

Merci d'avance,

Votre tout dévoué, J. L.

J'ai répondu, dit M. Duclaux, qu'à l'Institut Pasteur nous n'avons pas de baignoire pour ouvrir les veines des malades, ni même de lit pour les laisser mourir quand la rage éclatait chez eux. Nous les envoyons à l'Assistance publique, qui a la complaisance de les accueillir et la charité de les soigner jusqu'à leurs derniers moments. Au surplus, nous publions régulièrement le nom des malades morts dans ces conditions, avec l'indication de l'hôpital qui les a recueillis, et tous les renseignements permettant de retrouver leur histoire ou leurs traces. Tout cela se fait au grand jour, comme dans tous les services de l'Assistance publique à Paris et en province.

On n'a pas accusé jusqu'ici les hôpitaux de se débarrasser de leurs malades par le fer ou le poison ; mais l'Institut Pasteur est, paraît-il, plus sujet à caution. N'est-il pas un peu attristant que de pareilles affirmations puissent être produites tout haut à la table d'hôte d'un hôtel fréquenté, et qu'il ait fallu la présence fortuite d'un ami pour me les faire connaître et démentir ? Comment s'étonner, si de pareils bruits courent et rencontrent créance, qu'il y ait encore tant de mordus qui hésitent à venir à l'Institut Pasteur, même lorsqu'on leur paye le voyage ? J'en sais dix, dans un seul village, qui ont résisté à l'appât d'un voyage gratuit à Paris et à la pression de leur curé. Ils se méfient, restent chez eux, ou vont manger chez quelque sorcier du voisinage l'omelette traditionnelle, car il y a toujours quelque fissure par où la méfiance s'épanche en sotte crédulité. Le curieux de l'affaire est que cette idée de veines ouvertes dans une baignoire, ces visions de boucherie dans un hammam sont des souvenirs classiques, et n'ont pu venir qu'à un buveur ayant de la lecture ou de l'éducation : on peut dire qu'il avait tiré profit de ses études ! Puissent au moins les eaux de Vichy lui avoir détergé la cervelle.

— M. Sauvineau, vient d'être nommé médecin oculiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur en remplacement de M. Gillet de Grammont, décédé.

Le budget du congrès de Budapest. — Il paraît que les dépenses du Congrès de Budapest se sont élevées à une somme de 93,000 florins, et les recettes (cotisations, dons, etc.) à 24,530 florins. D'autre part la ville de Budapest avait voté une subvention de 105,000 florins qui sera loin d'être entièrement dépensée.

— Le samedi 1er décembre 1894, à midi précis, il sera ouvert à la préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes au 1er janvier 1895.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés; de midi à cinq heures, depuis le lundi 29 octobre jusqu'au samedi 10 novembre 1894 inclusivement.

Le monument de Villemin. — Dimanche 30 septembre, a eu lieu à Bruyères (Nord) l'inauguration du monument de Villemin.

M. Viger, ministre de l'agriculture, qui présidait la cérémonie, a, en une éloquente allocution, retracé la vie de Villemin.

MM. Mathieu, directeur du Val-de-Grâce, et Dujardin-Beaumetz, médecin-inspecteur de l'armée, ont ensuite pris la parole.

L'évêque de Saint-Dié, empêché, avait délégué, pour saluer le ministre, son vicaire général.

Un banquet de 400 couverts a eu lieu à l'issue de la cérémonie. Des toasts ont été portés par MM. Méline, député; Viger, ministre de l'agriculture; Boucher, député des Vosges, et Merlin, maire de Bruyères.

Amphithéatre d'anatomie. — saison d'hiver 1894-1895. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 1er octobre 1894.

Des conférences sur l'histiologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert entre les internes titulaires et provisoires pour le prix biennal de 1000 francs fondé par feu le Dr Civiale à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'administration, avant le 15 octobre 1894, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général, avenue Victoria, 3.

De la castration judiciaire. — Un médecin américain, M. Daniels, propose de faire entrer la castration dans l'arsenal des peines et moyens thérapeutiques légaux. Il l'appliquerait à tous les cas de perversion sexuelle et même aux cas d'attentats d'ordre sexuel quels qu'ils soient; il propose aussi la castration pour les aliénés; non comme punition, mais pour empêcher la procréation d'êtres chez qui la tare paternelle aurait de grandes chances de reparaître.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Gouguenheim : Polypes muqueux des fosses nasales. — II. Revue générale : De la tuberculose pulmonaire des vieillards. — III. Huitième congrès français de chirurgie. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine.

Hôpital Lariboisière — M. le docteur Gouguenheim

(Leçon recueillie par M. Ripault, interne du service)

Polypes muqueux des fosses nasales

Historique. — L'histoire des polypes muqueux remonte aux premiers temps de la médecine; de cet historique très touffu que nous trouvons dans l'exellent ouvrage de Morell Mackenzie nous ne retiendrons que le nom de Guillaume de Salicilet, car il a le premier employé le serre-nœud, et celui de Fabrice d'Aquapendente, à qui avait appartenu le premier l'emploi de la pince coupante

Dans la rhinologie moderne, l'historique est trop encombré en raison de la fréquence extraordinaire de l'affection que nous allons vous décrire. Toutefois, nous ne pouvons nous abstenir de mentionner les travaux hors de pair de Zuckerkandl, qui ont servi de base à l'anatomie pathologique de toute la rhinologie.

Etiologie. — Elle est encore fort obscure, malgré les nombreuses recherches auxquelles a donné lieu ce sujet.

On a invoqué l'influence du catarrhe nasal ; mais il nous suffit de rappeler la fréquence de ce catarrhe chez l'enfant, âge où le polype est exceptionnel ; il en est de même pour la rhinite hypertrophique, dont la coïncidence avec le myxome est loin d'être aussi constante que quelques auteurs ont voulu le dire.

L'âge constitue une donnée importante à mentionner. Les polypes muqueux s'observent dans l'âge moyen de la vie : 30 à 50 ans ; dans l'enfance, je viens de le dire, ils sont exceptionnel ; passés la cinquantaine, ils se voient moins souvent, disent la plupart des auteurs, mais il y a de nombreuses exceptions à cette assertion.

Affection plus fréquente chez l'homme (*deux contre un* chez l'homme, au dire de Mackenzie), l'hérédité paraît jouer un certain rôle dans leur apparition.

Anatomie pathologique. — Ce sont des tumeurs grisâtres, dont le volume varie depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'un doigt d'adulte ; les tout petits sont sessiles ; les grands, pourvus d'un pédicule, sont toujours très mobiles. Billroth leur a donné le nom d'adénomes; mais ils contiennent peu d'éléments glandulaires.

Mackenzie leur attribue les propriétés du myxome pur ; mais ce sont, en tout cas, des myxomes modifiés.

Hoppmann les appelle fibromes œdémateux ou ramollis ; ce qui est peut-être plus vrai que la nature myxomateuse pure. Ils se développent aux dépens du tissu cellulaire et sont recouverts par l'épithélium nasal.

Les vaisseaux existent à leur surface sous forme d'arborisations très fines, mais ils sont plus gros et plus abondants dans la région du pédi-

cule ; ce qui explique pourquoi ils saignent peu, lorsque l'extirpation ne porte pas sur le pédicule.

Ils sont aussi fort peu sensibles; on n'observe que des ramifications nerveuses fort délicates dans la région du pédicule.

Leur revêtement est celui de la muqueuse : épithélium cylindrique à cils vibratiles, s'épidermisant dès que le polype arrive à l'orifice des fosses nasales.

Exceptionnellement et du fait du traumatisme, on notera des ulcérations, des points hémorrhagiques. Ils siègent surtout sur le cornet moyen quand il sont très petits et ils constituent alors un véritable semis ; mais on les rencontre habituellement dans le méat moyen, au niveau des orifices des sinus frontal et maxillaire, ainsi qu'il résulte des belles recherches de Zuckerkandl ; quand ils existent à la partie postérieure du cornet moyen ils sont procidents dans le pharynx ; sur le cornet inférieur, ils sont très rares, sur le supérieur exceptionnels, quoi qu'on ait dit ; on n'en rencontre enfin ni sur le plancher, ni à la lame criblée, ceux de la cloison sont des pseudo-polypes et le plus souvent des papillomes. Leur contenu est de la mucine, emprisonnée dans de fines aréoles ; ils peuvent renfermer, s'ils sont volumineux, des kystes, susceptibles de se rompre, surtout quand ils sont situés très en arrière et peuvent se développer dans la cavité rhino-pharyngienne.

Symptomatologie. — Ils ont pour caractère important d'être, le plus souvent, bi-latéraux, quoiqu'inégalement développé d'ordinaire d'un côté ou de l'autre.

Ils se caractérisent par des signes subjectifs, mais surtout objectifs.

Le coryza, avec écoulement nasal, est des plus inconstants ; il peut ne pas exister, à moins d'irritation concomitante. On observe des éternument fréquents, surtout si la tumeur est mobile.

Plus important est la sensation de gêne, d'obstacle intra-nasal, dont les patients cherchent à se débarrasser au prix d'efforts de mouchage inutiles et répétés.

Le bruit de drapeau est un signe plus théorique que réel. Les douleurs névralgiques sont assez rares, en dehors de complications ; le plus souvent elles consistent en céphalées frontales.

Par contre, les troubles respiratoires sont très fréquents ; ce sont eux qui engagent d'habitude le patient à consulter ; ils ne respire que la bouche ouverte ; depuis les travaux si beaux de Hack, on sait les relations qui peuvent exister entre l'asthme et les affections nasales. Chez tout adulte dont les accès d'oppression ne s'expliquent pas, l'examen des fosses nasales s'impose, car souvent c'est la clé du diagnostic.

Les troubles vocaux sont aussi de grande importance, le malade a la voix nasonnée des gens qui souffrent d'obstructions nasales ou rétro-nasales.

Fait important, les polypes muqueux ne produisent pas de déformation caractéristique du nez, contrairement à ce qui s'observe à la suite de tumeur moins bénigne des fosses nasales.

Les troubles de l'odorat ne sont pas constants, ils sont d'ordre purement mécanique ; aussi, après l'intervention, ce sens revient-il normal ou à peu près.

Enfin, les troubles de l'ouïe sont fort rares, contrairement à ce qu'on

observe dans les rhinite hypertrophiques, il n'existe pas de douleurs d'oreilles, peu de bourdonnements.

Signes objectifs. — L'inspection directe, *de visu*, suffit dans certains cas, le polype venant affleurer l'orifice antérieur, s'il est mobile surtout.

On constate une tumeur gris cendré, parfois rosée, obstruant la narine, ou relevant le lobule du nez, parfois en faisant souffler le malade.

Pour un bon examen, il faut s'aider du spéculum et du miroir frontal ; on éprouvera parfois des difficultés sérieuses à reconnaître le point exact d'implantation et surtout la terminaison de la partie flottante ; certains polypes s'étalent et balayent le plancher dans l'étendue de plusieurs centimètres. Il est délicat également de reconnaître ceux qui sont de petites dimensions, et se dissimulent entre les lèvres du méat moyen ; un œil exercé seul les distingue.

Un autre élément, et des plus utiles, dont le rhinologiste ne néglige jamais de se servir, est l'emploi du stylet. Grâce à lui, on constate la profondeur, la mobilité, le point d'implantation ; on reconnaît s'il est unique ou multiple, volumineux, etc., etc.

Plus compliqué devient l'examen lorsque le néoplasme siège en arrière, tombant dans le rhino-pharynx ; il faut recourir en ce cas à la rhinoscopie postérieure lorsqu'elle est applicable, et surtout au toucher ; la déformation du voile, son refoulement en avant pourront aussi guider le praticien.

Marche. Terminaison. — La marche est longue ; le malade consulte ordinairement pour des phénomènes d'obstruction nasale, des troubles respiratoires ou vocaux.

Mackenzie a signalé l'expulsion spontanée, elle doit être tenue pour fort rare ; la rupture est au contraire un phénomène possible, au cas où le polype est extrêmement gêné dans son développement ; on observera alors un flux subit à la suite duquel le volume est extrêmement diminué ; il n'est pas rare d'observer alors des polypes extrêmement flétris et atrophiés.

La dégénérescence maligne, signalée par Schmiegelow, Schiffers est possible, mais à coup sûr exceptionnelle.

Le pronostic n'a pas de gravité, mais par les troubles divers qu'ils peuvent occasionner, les polypes muqueux réclament un diagnostic aussi précoce et précis que possible.

Diagnostic. — Ordinairement des plus faciles ; tumeur grisâtre, mobile, ne saignant point, n'altérant ni le système ganglionnaire ni l'état général ; s'observant dans les *deux* narines ; l'ensemble de ces signes impose d'ordinaire le diagnostic. Les affections de la cloison se reconnaissent au stylet ; nous avons dit, d'ailleurs, combien sont rares les polypes muqueux en cette région.

Les sarcomes sont des tumeurs unilatérales, très sensibles et saignant facilement, repullulant très vite, parfois cependant difficiles à caractériser.

L'épithélioma n'est pas une tumeur pédiculée ; il saigne ; il altère la santé, s'ulcère envahit le système ganglionnaire.

Les hypertrophies polypiformes des cornets moyen et inférieur se reconnaissent à leur ulcération rosée, leur consistance plus ferme au toucher, la forme des parties rétractées est conservée malgré leur hypertrophie.

Le diagnostic avec les sinusites maxillaires seul peut présenter de réelles difficultés ; l'exploration du sinus est rendue plus pénible par l'existence du polype nasal obstruant l'ostium et empêchant de reconnaître l'affection

profonde et *vice versa*; aussi, avant de se prononcer, faut-il extraire les masses myxomateuses. La traînée purulente est le meilleur signe de sinusite, et l'existence de polype est alors symptomatique.

Quant à savoir ce qui est primitif, du polype ou de la suppuration du sinus, c'est encore fait très discutable.

Rappelons, enfin, qu'on a décrit dans les fosses nasales des méningocèles : tumeurs lisses et grisâtres, mobiles et sans phénomènes cérébraux ; qu'il nous suffise de le mentionner.

Traitement. — Le traitement purement médical : tannin, alun, est toujours inefficace ; les caustiques : acide chromique, chlorure de zinc sont insuffisants et ne peuvent agir que contre de tout petits polypes. Le traitement sera donc surtout chirurgical ; il consistera surtout à arracher la tumeur.

L'excision est un procédé insuffisant ; la galvano-caustique est surtout d'un bon emploi, si les tumeurs ont un pédicule épais, en raison de l'hémorrhagie possible.

L'arrachement à l'aide de pinces, tel qu'on l'a pratiqué autrefois, est un procédé barbare et qu'il faut repousser ; on a signalé à sa suite des luxations de la cloison, des fractures des cornets, des écrasements et suppurations de l'ethmoïde, des lésions du sinus, enfin des hémorrhagies formidables ; tous ces faits se trouvent consignés dans la thèse de Lemariey (1877) ; cependant, avec des instruments perfectionnés et sous le contrôle du miroir, elle a donné de bons résultats entre les mains d'Albert (de Vienne), de Morell-Mackenzie.

Actuellement, on recourt surtout au serre-nœud de Wilde, de Blake, auquel Chatellier a ajouté une vis, permettant de diviser mieux les gros pédicules ; le serre-nœud de Hooper rend des services quand ce pédicule est épais et vasculaire ; nous l'employons souvent et son usage est facile et avantageux. L'anse métallique que l'on doit employer de préférence est une anse d'acier ; les instruments de Sajous, de Krause permettent de faire ressortir l'anse après l'emploi opératoire et par suite de la faire resservir, ce qui n'est pas à dédaigner quand on ne dispose pas d'un abondant matériel opératoire. Pour opérer, on doit employer le spéculum nasal, et s'aider du miroir frontal ; on glissera l'anse entre la tumeur et la cloison, bien verticalement, puis il faut la faire tourner et l'orienter de façon à engager le polype en dessous ; serrer alors avec une force progressive et tirer sans trop de violence et surtout sans brusquerie. Des séances multiples sont d'ordinaire nécessaires car l'hémorrhagie consécutive est une gêne sérieuse pour continuer ; elles sont d'ailleurs sans inconvénients ; le pansement consistera en mèches de gaze iodoformée faisant tampon, suivies d'irrigations et insufflations nasales de poudres diverses astringentes et antiseptiques. Dans un autre procédé dit d'excision, on saisit la tumeur à l'aide de longues pinces, et on sectionne au bistouri ou aux ciseaux.

La galvano-caustique est employée sous forme d'anse également ; le fil peut être de platine, métal mou et peu commode, ou d'acier, métal qui oblige à changer de fil à chaque séance ; on n'emploie d'ailleurs cette méthode qu'aux cas où on a reconnu un pédicule très vasculaire ; comme source, on doit utiliser les accumulateurs, d'activité constante, de préférence à la pile.

La galvano-caustique sert surtout de traitement post opératoire pour prévenir les récidives en cautérisant profondément la muqueuse.

Polypes muqueux du rhino-pharynx. — On peut les attaquer par la voie antérieure, s'il n'existe pas de sténose nasale ou de déviation de la cloison trop accentuées ; le doigt introduit dans le cavum peut servir à la réduire par malaxation, et faciliter sa préhension par les fosses nasales. On les attaque d'autres fois par la voie postérieure ou pharyngée, directement, s'ils sont *procidents.*

L'anse est alors introduite comme précédemment par l'orifice antérieur des fosses nasales, puis tenue par un aide, lorsqu'elle est suffisamment enfoncée; le doigt introduit dans le rhino-pharynx est recourbé, va à la recherche de l'anse, l'accroche, y engage le polype et l'y fixe ; il ne reste plus qu'à serrer et à tirer.

Disons d'ailleurs que ces manœuvres peuvent être extrêmement difficiles; toutefois on ne recourra à la section médiane du voile qu'à la dernière extrémité.

REVUE GÉNÉRALE

—

De la tuberculose pulmonaire des vieillards,

Par le docteur Maurice MICHEL, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

Malgré les innombrables travaux parus sur la tuberculose, il reste encore bien des points obscurs et des faits peu connus dans l'histoire de cette maladie. Dans les tuberculoses d'ordre médical, l'étude de la phtisie de l'adulte a surtout été le but poursuivi : celle des lésions bacillaires des autres âges a été longtemps laissé dans l'ombre.

Toute récente est la connaissance des affections tuberculeuses de l'enfance : le travail initial de M. le professeur Landouzy sur ce sujet ne date que d'une dizaine d'années.

Quant à la tuberculose pulmonaire du vieillard, elle est restée à peu près complètement ignorée, et sa constatation est souvent pour le médecin un sujet d'étonnement tout au plus digne de remarque en raison de sa rareté.

Nous avons montré plus complètement ailleurs (1) ce qu'il fallait penser de cette rareté : nous voulons seulement ici donner une idée sommaire de la bacillose pulmonaire sénile.

Historique. — Laënnec (2), le premier, signale la possibilité de voir la phtisie évoluer pendant la vieillesse. Prus (3), Beau (4), les auteurs du Compendium, donnent bientôt quelques détails plus précis sur cette affection rare des vieillards.

En Allemagne, Canstatt (5), Geist (6), Mettenheimer (7), lui consacrent une courte description.

La thèse de Moureton, parue en 1863 et inspirée par Vulpian, est le pre-

(1) M. Maurice Michel. *Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards.* Thèse de Paris, 1894.
(2) Laënnec. *Traité de l'auscultation médiate*, 1826, t. II.
(3) Prus. *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1840.
(4) Beau. *Etudes cliniques sur les maladies des vieillards*, 1843.
(5) Canstatt. *Krankheiten des hoheren Alters*, etc., 1839.
(6) Geist. *Klinik der Greisenkrankheiten*, 1860.
(7) Mettenheimer. *Beiträge zu der Lehre der Greisenkrankheiten*, Leipzig, 1863.

mier travail important consacré à la phtisie du vieillard, et c'est encore aujourd'hui une des meilleures études parues sur ce sujet. Les thèses de Cocatrice (1866), de Jardin (1871), de Binse (1877), d'Audouin (1879), apportent quelques faits nouveaux et permettent à Durand Fardel (1) et à Péter (2) d'esquisser une description plus complète de la maladie et de lui donner en quelque sorte une consécration officielle.

Depuis cette époque (1879), les thèses de Weil (Nancy 1881), de Ruelle (1883), de Gilbert (1885), quelques lignes du traité de MM. Hérard, Cornil et Hanot, de l'article de MM. Grancher et Hutinel dans le Dictionnaire Dechambre, un chapitre concis du traité de médecine et dû à M. Marfan, forment avec un très petit nombre d'articles d'auteurs étrangers, tout ce que la littérature médicale renferme d'important sur la tuberculose pulmonaire des vieillards.

Etiologie. — Quand on cherche à se rendre compte de la fréquence de la tuberculose chez le vieillard, on se trouve en présence des opinions les plus contradictoires : pour les uns la phtisie est assez commune, pour les autres, c'est une exception.

Les statistiques données à ce sujet varient dans les plus grandes proportions, les chiffres de Prus sont près de quatre fois plus faibles que ceux donnés par Moureton, 1 sur 26 contre 1 sur 7.

Il faut d'ailleurs, et de toute nécessité, distinguer une fréquence anatomique et une fréquence clinique. Les altérations pulmonaires bacillaires trouvées chez des vieillards et ne s'étant révélées par aucun symptôme, sont d'une extrême fréquence ; il n'est guère d'autopsie où, sous forme de tube cules gris, jaunes, calcifiés ou de cicatrices du sommet, on ne les trouve signalés.

On conçoit sans peine que, cliniquement, la tuberculose soit un peu moins souvent rencontrée, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle existe dans un nombre de cas de plus en plus nombreux à mesure qu'on sait mieux les reconnaître.

L'anatomie pathologique et la bactériologie sont venues faire rentrer dans le cadre de la tuberculose des faits qualifiés cliniquement de sclérose pulmonaire, de bronchectasie et d'emphysème. Si bien que, dans un travail tout récent sur la mortalité par tuberculose en Italie, suivant les âges et suivant le sexe et appuyé sur une statistique fort étendue, Lugi Manfredi (3) arrive à des conclusions très précises : il repousse l'opinion ancienne qui fixe le minimum de la mortalité par tuberculose à l'âge sénile; il note au contraire deux maxima correspondant l'un à la première enfance, l'autre à la vieillesse. Cette statistique, purement italienne, est, d'après l'auteur, en concordance parfaite avec celle des autres États, notamment en ce qui concerne la tuberculose sénile. C'est, dans une certaine mesure, la confirmation et à la fois la démonstration de la proposition de Fuller, disant que les phtisiques sont aussi nombreux à 70 ans qu'à 15 ans (4).

(1) Durand-Fardel. *Traité pratiqué des maladies des vieillards*, 1873.
(2) Péter. *Clinique médicale*, 1879.
(3) Lugi Manfredi. *Giornal intern. de sc. médicale*, nov. 1893.
(4) Notre maître M. Albert Robin, a observé, lui aussi, une grande fréquence de la tuberculose sénile pendant un séjour de sept années à l'hospice des Ménages.

La proportion de tuberculeux pour les deux *sexes* est à peu près la même et les conditions étiologiques qui règlent l'apparition de la tuberculose chez les gens âgés sont à peu de choses près celles qui, chez les sujets moins âgés déterminent son éclosion. Héréditaire ou acquise, la phtisie apparaît chez le vieillard dans trois conditions différentes.

Dans une première catégorie de faits, la phtisie a été précédée pendant les premières années de la vie, par des lesions scrofulo-tuberculeuses à localisation variable (adénites, abcès froids, etc.) Disons tout de suite que ces faits ne sont pas fréquemment notés dans les observations publiées, mais nous en avons rapporté un exemple très net dans l'observation I de notre thèse. Ce fait est d'ailleurs en opposition avec la théorie soutenue par M. Marfan, qui voit dans les manifestations dites scrofuleuses de l'enfance une sorte de vaccination antituberculeuses pour l'avenir.

Le second groupe des phtisies seniles renferme les cas de tuberculose survenus chez des individus ayant présenté des signes pulmonaires pendant l'adolescence ou l'âge adulte. Et alors, tantôt on assiste, au seuil de la vieillesse, après une de ces trèves bien mises en lumière au dernier Congrès de la tuberculose, au réveil de la maladie, tantôt la guérison n'a pas été complète et l'on se trouve en présence d'une tuberculose, qu'on nous passe l'expression, devenue sénile, avec le malade.

Enfin, une dernière classe a trait aux tuberculoses développées au déclin de la vie chez des sujets indemnes jusque là. Cette variété, niée par les anciens auteurs, ne saurait être mise en doute aujourd'hui.

Comme chez l'enfant et comme chez l'adulte, la lésion bacillaire s'établit de préférence chez les individus déjà affaiblis par une infection antérieure (variole, fièvre typhoïde, pneumonie, etc.) ; nous en avons rapporté des exemples. Certaines maladies locales, comme le rétrécissement de l'œsophage, le carcinome de l'estomac, des intoxications comme l'alcoolisme, le traumatisme même, toutes les causes de détérioration physique et de dépression morale devraient être considérées comme favorisant l'invasion de l'organisme sénile par le bacille de Koch.

Formes cliniques. Généralités. — Tout d'abord il est un fait qu'il nous semble nécessaire de bien mettre en relief : c'est que la tuberculose conserve chez les vieillards son caractère de maladie générale et qu'elle peut se diffuser dans tout l'organisme. Cette propriété de s'étendre, de se généraliser lui avait été à peu près refusée par les premiers auteurs et il a fallu les différents cas consignés dans les quelques travaux parus sur ce sujet pour en faire admettre la réalité.

Toutefois, certaines restrictions doivent être apportées à cette proposition. Il est juste, en effet, de reconnaître que cette aptitude à la généralisation est moins marquée que chez l'adulte. Plus souvent que chez ce dernier, la tuberculose pulmonaire reste localisée au point primitivement envahi, sans tendance à se répandre dans les autres organes. Est-ce là le résultat d'une qualité spéciale de l'agent tuberculeux ? On ne saurait le prétendre dans la majorité des cas. Il est plus rationnel, plus physiologique d'admettre que c'est le terrain lui-même, sur lequel le bacille est implanté, qui ne se prête pas à la diffusion de celui-ci.

On sait que, chez le vieillard, les tissus se sont profondément modifiés ; le système capillaire, en particulier celui du poumon, s'est raréfié ; il n'offre plus une surface absorbante aussi considérable que chez l'adulte. En outre, les petits vaisseaux restés perméables sont le siège de lésions d'endo et de périartérite diffuse (Charcot, H. Martin, Demange) qui rétrécissent considérablement leur calibre et qui par conséquent sont une condition défavorable à la pénétration et à la diffusion des éléments microbiens.

De plus, les vaisseaux blancs qui, chez les enfants et les adultes sont une des grandes voies de pénétration et de généralisation des maladies infectieuses et de la tuberculose notamment (Weigert) (1), (Mauclaire) (2), participent chez les vieillards au processus de régression du système vasculaire à sang rouge, surtout dans leur partie originelle, et font aussi défaut, dans une certaine mesure, pour le transport des germes.

Enfin les cellules vivantes et mobiles, les phagocytes de Metchnikoff n'ont pas seulement un rôle protecteur contre les infections, elles sont encore les véhicules des germes dans tout l'organisme. Comme leur nombre et leur activité sont considérablement amoindris chez le vieillard, il y a là un obstacle à la dispersion des éléments parasitaires qu'il nous paraît utile de signaler.

On peut dire, somme toute, d'une façon générale, que ce qui caractérise la tuberculose sénile, c'est une résistance moins grande de l'organe envahi et une résistance plus grande à la généralisation de la maladie.

Quant aux cas plus rares, où la généralisation s'est faite avec la même intensité que chez l'adulte, nous en sommes réduits à admettre une virulence plus grande des bacilles ou une déchéance plus marquée de l'organisme.

Les divisions établies pour la tuberculose pulmonaire de l'adulte sont applicables dans leur ensemble à celles du vieillard ; nous résumons dans le tableau ci-dessous les diverses formes cliniques que nous avons établies :

Formes chroniques : Phtisie ulcéreuse commune, forme hémoptoïque, forme emphysémateuse, fibreuse, forme pleurétique, forme latente.

Formes aiguës : forme catarrhale, forme pneumonique, forme typhoïde, forme broncho-pneumonique, forme latente granulique, formes anormales.

Phtisie ulcéreuse commune. — Dans ses grandes lignes, la maladie, on le conçoit aisément, ressemble à celle de l'adulte.

Précédée ou non de bronchites à répétitions, de fluxions pulmonaires, de pleurésie, etc., la tuberculose s'installe peu à peu et, au bout d'un temps variable, aboutit à la formation de cavernes et à la mort du malade.

Toutefois, même dans cette forme commune, habituelle, la plus fréquente, la ressemblance n'est pas complète.

L'habitus extérieur, si caractéristique chez les malades adultes, fait ici défaut. Il n'existe pas à proprement parler de facies phtisique chez le vieillard : tous les signes qu'on pourrait lui attribuer sont moins le fait de la cachexie tuberculeuse que de la caducité sénile.

(1) Weigert. Die verbreitung der tuberkelgifles nach dessen eintritt in der organismen. Jahrbuch für kinderheilkunde. 1883.

(2) Mauclaire. Thèse de doctorat, Paris, 1893.

L'amaigrissement est en général très prononcé, il porte sur tout le corps mais il est principalement accentué sur le thorax. Parfois cependant un embonpoint assez notable persiste quelque temps, des déformations osseuses peuvent s'observer du côté des phalanges digitales (ongles hippocratiques).

La *toux* est faible, peu fréquente, elle pourrait même manquer (Moureton).

D'après Prus, M. Marfan, l'*expectoration* serait peu abondante, presque nulle. Suivant M. Marfan, cette absence d'expectoration tiendrait à ce que le vieillard comme l'enfant déglutit ses crachats. Weil (loc. cit.) ajoute que les crachats n'offrent pas les caractères qu'on leur trouve dans la phtisie d'un âge moins avancé.

(A suivre.)

HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le congrès français de chirurgie a ouvert sa première séance avant-hier mardi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Lyon. L'assemblée était nombreuse. Sur l'estrade d'honneur ont pris place MM. Tillaux, président du congrès, Gailleton, Ollier, Gay, Poncet, Laroyenne, Dron, Delore, ainsi que les secrétaires du congrès, MM. Picqué, Rollet, Gangolphe, Rochet. Parmi les chirurgiens parisiens, on remarquait MM. Alphonse Guérin, Ch. Monod, Polaillon, Th. Anger, Jullien ; enfin, MM. Demons, de Bordeaux ; Doyen, de Reims ; Pilate, d'Orléans ; Ménard, de Berck, etc., avaient répondu à l'appel de leurs collègues lyonnais. On remarquait aussi la présence d'un grand nombre de chirurgiens étrangers.

Après les souhaits de bienvenue et des remerciements à tous ceux qui s'étaient rendus au congrès, M. Ollier a remis la présidence au professeur Tillaux. Celui-ci, dans un discours souvent interrompu par les applaudissements, remercie ses collègues de l'honneur qui lui est fait et prononce l'éloge de la chirurgie lyonnaise.

M. Picqué, secrétaire général, lit ensuite son compte rendu, puis les communications commencent immédiatement.

Nous analyserons ultérieurement ces communications, qui feront certainement du congrès de Lyon un des plus intéressants, des plus utiles, des plus brillants.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre

Présidence de M. Rochard

Candidatures

Dans la section de médecine opératoire : MM. Peyrot, Delens et Guérin.

Dans la section d'hygiène et de médecine légale : MM. Napias et Du Cazal.

Correspondance officielle

Elle comprenait trois lettres relatives à l'action de bicyclette sur l'anatomie.

Citons, en outre, une lettre de M le ministre de l'intérieur demandant à l'Académie un avis sur le procédé de traitement de la diphtérie présenté à Buda-Pesth par M. Revel. Une commission a été nommée, composée de MM. Bergerac, Cadet de Gassicourt, Proust et Strauss, rapporteur.

Sur les divers procédés d'abatage des animaux de boucherie au point de vue physiologique

M. Laborde. Pendant les vacances que l'Académie a prises, comme d'habitude, malgré ell., la Compagnie a eu à discuter, par l'entremise de quelques-uns de ses membres qui la composaient, à propos de la présentation d'un travail de M. le docteur Dembo (de Saint-Pétersbourg) par notre collègue le professeur Dieulafoy, la question de savoir:

Si le procédé d'abatage des animaux de boucherie par la section jugulaire et l'hémorrhagie consécutive — selon le rite juif, — est plus douloureux pour les animaux, et partant plus cruel que les autres procédés en usage.

Je n'ai pas l'intention de raviver cette discussion, bien qu'elle ait été loin d'être épuisée ; mais, ayant été mis en cause relativement à l'opinion que j'avais émise à ce sujet, sur la demande de mon collègue et ami M. le docteur Netter, je crois devoir m'en expliquer en quelques mots devant l'Académie.

C'est, bien entendu, du seul point de vue physiologique, celui, d'ailleurs, qui domine la question, que j'envisagerai celle-ci, en dehors de toute préoccupation et de toute question de secte et de rite.

Donc, au point de vue exclusivement physiologique et expérimental, il est certain que le moyen le plus immédiat, le plus direct, le plus rapide de donner et d'obtenir la mort est la section ou la piqûre du bulbe rachidien, dit le procédé de l'*énervation*, par lequel on détermine la cessation *instantanée* de la respiration et par suite de la vie, sans que l'animal ait, pour ainsi dire, le temps de s'en apercevoir et de souffrir.

Mais c'est là un procédé de laboratoire, qui exige une compétence expérimentale, et même une habitude particulière pour être réalisé comme il convient, c'est-à-dire de façon à ne pas manquer le but et le résultat visés : la mort la plus rapide, la plus instantanée possible.

Aussi n'a-t-il pas encore été possible de transporter — pour le mettre en pratique, — ce procédé sur le terrain de l'abatage, malgré les tentatives qui en ont été faites.

Personnellement — et à l'époque déjà éloignée où j'ai eu l'honneur de faire partie de la Société protectrice des animaux et même de son conseil, — chose qui vous paraîtra peut être bizarre pour un expérimentateur, mais qui s'explique par ce fait que la Société possédait alors, du côté des vétérinaires, des esprits larges, compétents et avisés qui pensaient que les animaux ne pouvaient avoir de meilleurs amis et de meilleurs défenseurs que ceux qui apprennent, tous les jours, à connaître et à apprécier les services qu'ils rendent à la science et à l'humanité, c'est-à-dire les physiologistes (1), — personnellement, dis-je, je me suis occupé de cette question, et j'avais imaginé avec le concours de notre ingénieux constructeur Ch. Verdin, un projet d'appareil pratique pour opérer la piqûre du bulbe, au lieu d'élection, par l'entremise du premier venu, le garçon boucher ou l'assommeur, par exemple. Cet appareil était calqué sur celui que j'avais déjà conçu pour pratiquer exactement la section médiane longitudinale de la moelle allongée, au niveau de l'entrecroisement des faisceaux pyramidaux : il consistait essentiellement en une lame fine et bien tranchante, enchâssée à la façon d'un couperet de guillotine et glissant, à la faveur d'un pas de vis, entre deux autres lames de bois ou de métal, ces dernières étant elles-mêmes adaptées à deux tiges transversales avec des

(1) S'il nous en souvient bien, Cl. Bernard avait été également, comme moi et avant moi, sollicité à entrer dans la Société protectrice ; mais il dut, comme moi aussi, se retirer devant le parti rétrograde, réactionnaire, antiscientifique, qui avait pris le dessus et domine toujours dans cette association, dont la conduite et les actes ne répondent nullement à la mission qu'elle prétend remplir.

pieds de soutient pouvant être fixés, à volonté, de chaque côté de l'organe à sectionner ou à piquer, notamment, et dans le cas dont il s'agit, aux apophyses transverses de l'atlas. Ce projet d'appareil visait primitivement la section du bulbe chez le veau, pouvant ensuite être étendu au bœuf.

Les circonstances ne me permirent pas d'y donner suite ; peut-être y aurait-il lieu de le reprendre.

Mais une autre tentative importante venait d'être faite dans ce sens, par un marchand d'animaux de boucherie en gros, M. Bruneau, homme intelligent, qui avait cherché à mettre à profit ce qu'il avait appris à connaître du procédé de l'énervation bulbaire : cette tentative, devenue partiellement usuelle aux abattoirs, réside dans l'application d'un masque (masque Bruneau, du nom de l'inventeur) percé, au milieu de sa partie frontale, d'un trou auquel s'adapte un boulon d'une longueur calculée, et qui, enfoncé instantanément par un violent coup de massue, va atteindre la moelle allongée, en traversant toute l'épaisseur de l'encéphale d'avant en arrière, et produit le phénomène instantané de l'énervation : c'est un procédé *détourné* de piqûre du bulbe, mais qui est loin d'avoir la précision et la sûreté du procédé *direct*.

Il présente seulement quelques avantages sur le procédé de l'*assommement*, dont il se rapproche beaucoup, et, d'ailleurs, comme il endommage considérablement la substance cérébrale, il ne trouve son emploi que dans le cas d'animaux dont la cervelle n'est point marchande, notamment et surtout chez le bœuf, n'étant pas utilisée, conséquemment chez le veau, ni chez le mouton.

Quant à l'assommement proprement dit — coup de massue sur le front — il constitue, sans contredit, le procédé le plus cruel, étant le plus aléatoire, et nécessitant presque toujours la réitération des coups, même quand l'animal est à terre.

Je n'ignore pas que mes honorables collègues de la section vétérinaire, en particulier mon excellent ami M. Weber, dont la compétence, en ces matières, est indéniable, et qui en tient pour l'assommement, prétendent et assurent même que ceux qui y sont préposés, doués d'une habileté à toute épreuve, ne manquent jamais leur coup.

Sans discuter et nier cette habileté relative, je dois dire que, même à l'abattoir de Paris, où, précisément, en ma qualité de rapporteur d'une Commission *ad hoc* de l'ancienne Société protectrice des animaux, j'ai assisté à de nombreux abatages par les divers procédés, j'ai eu plus d'une fois à constater qu'un premier et seul coup d'assommoir ne déterminait point la mort définitive, et que, dans quelques cas rares, il est vrai, plusieurs gémissements plaintifs de l'animal témoignaient d'une sensation consciente, quelque passagère qu'elle fût.

Toujours est-il que l'assommement ne saurait, à mon sens physiologique, présenter le caractère de sûreté du coup, et de certitude du résultat, à cause de la facilité même qu'il comporte, de celui des procédés en discussion, qu'il me reste à examiner : l'égorgement par la section des vaisseaux du cou.

Il consiste, comme vous le savez, dans la section d'emblée, instantanée, et complète des vaisseaux du cou, carotidiens et jugulaires : tel qu'il est pratiqué et que je l'ai vu pratiquer par le sacrificateur habile, et armé du couteau à tranchant irréprochable, il amène une hémorrhagie si rapide et si complète, que la *syncope mortelle* en est le résultat immédiat, et que l'animal n'est plus, dès lors, en situation fonctionnelle d'éprouver aucun phénomène conscient, et, par conséquent, douloureux.

Les mouvements *convulsifs* qui accompagnent d'ordinaire l'égorgement hémorrhagique, sont constitués par des phénomènes purement réflexes, végétatifs, partant inconscients, et n'étant le signe d'aucune douleur, d'aucune souffrance : c'est du pur automa-

tisme, dont la durée et l'intensité sont, d'ailleurs, subordonnées à la manière plus ou moins habile et complète dont l'opération a été exécutée (1).

En tout cas, je le répète, les phénomènes post-hémorrhagiques après égorgement, quelle qu'en soit l'objectivité, n'ont rien de conscient, et, par conséquent de douloureux, surtout dans les conditions d'une opération bien réalisée.

Relativement à la présence du sang plus ou moins retenu dans l'organisme, et a l'influence de son séjour dans les tissus et de leur imprégnation, après la mort, sur la qualité de la viande, c'est une question qui, toujours au point de vue physiologique, la seule à laquelle nous voulions nous attacher ici, se lie intimement à celle de la facilité et de la rapidité et de l'écoulement sanguin, à la suite des divers procédés d'abatage que nous venons d'examiner. Or, cet écoulement procède directement et essentiellement de deux causes d'ailleurs solidaires : la persistance et l'énergie post-mortales des contractions du cœur et la coagulation du sang.

Eh! bien, il n'est pas difficile de s'assurer expérimentalement, de même que par l'observation de ce qui se passe dans les abattoirs, que le cœur continue ses battements physiologiques bien moins longtemps et avec une force beaucoup plus amoindrie dans le cas d'assommement que dans le cas d'égorgement hémorrhagique ; ce qui s'explique par ce fait que l'assommement constitue, par son énorme traumatisme, une condition d'arrêt fonctionnel des plus effectives, à laquelle le cœur ne saurait échapper, tandis que la simple et rapide section des vaisseaux du cou ne paraît pas exercer d'influence suspensible appréciable sur le fonctionnement indépendant du cœur, qui peut continuer encore un certain temps pendant lequel s'opère facilement et rapidement l'écoulement sanguin; en sorte que, même sous ce rapport, l'égorgement hémorrhagique offre un avantage réel sur l'assommement.

En résumé, et par tous les motifs déduits de l'observation expérimentale et de la constatation des faits pratiques, j'estime, qu'en l'état actuel des choses, l'égorgement hémorrhagique, considéré exclusivement au point de vue physiologique, et en dehors de toute question de secte et de rite, constitue le procédé d'abatage le moins capable d'occasionner de la souffrance aux animaux auxquels il s'adresse.

M. Weber fait remarquer que l'énervation est un moyen inapplicable chez les gros animaux ; que l'écoulement du sang ne se fait pas si facilement qu'on le croit avec l'égorgement ; et qu'il se fait au moins aussi abondamment dans l'assommement. L'égorgement n'est d'ailleurs pas un procédé pratique, car il demanderait un dispositif trop compliqué.

M. Laborde objecte que l'égorgement est constamment employé pour les moutons et les veaux.

M. Le Roy de Méricourt, rappelle qu'à la Plata, dans un seul instant, on abat les animaux par les trois moyens réunis : *assommement, section du bulbe, égorgement.*

(1) C'est ce dont il est facile de s'assurer, aux abattoirs, par ce qui se passe sur les moutons égorgés, dont on voit la longue file placée sur des tables, s'agiter les pattes en l'air, dans des mouvements convulsifs cloniques, d'autant plus persistants et durables que l'égorgement a été plus incomplètement et négligemment exécuté ; il n'est pas douteux que, du côté du sacrificateur juif, l'opération est pratiquée avec plus de conscience, et, par conséquent, de certitude ; c'est pourquoi les effets consécutifs, notamment les convulsions, sont moins durables.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale : Les localisations des oreillons sur l'appareil sexuel. — II. Maurice Michel : De la tuberculose pulmonaire des vieillards. – III. Courrier.

REVUE GÉNÉRALE

—

Les localisations des oreillons aur l'appareil sexuel

L'orchite ourlienne, déjà connue des anciens, est une des localisations les plus fréquentes de la maladie chez les adultes. Quelques chiffres empruntés à Laveran suffiront à le montrer :

Epidémie observée par Noble sur l'Ardent :	12 cas	12	orchites
Epidémie de Mascara	76 —	22	—
Epidémie d'Arras	22 —	10	—

En fait, sur 699 cas d'oreillons observés chez l'adulte, il y a eu 211 fois orchite, soit un cas d'orchite sur 3 cas d'oreillons, la proportion étant, du reste, très variable dans les épidémies.

L'orchite est très rare chez les jeunes enfants et elle ne commence guère à apparaître qu'au moment de la seconde enfance, à l'époque de la puberté. Dans l'épidémie observée par Gintrac au petit séminaire de Bordeaux, il n'y eut sur 46 malades qu'une seule orchite ; la plupart des jeunes gens avaient de 13 à 14 ans.

Barthez et Sanné l'ont vu se produire 3 fois chez des gamins de 12 ans et 7 fois entre 15 et 17 ans sur 230 cas. Citons encore les cas de Debize (enfant de 13 ans), de Fabre (enfant de 9 ans), de de Cérenville (enfant de 4 ans). Henoch, Comby n'ont pas vu une seule fois le testicule se prendre chez les enfants.

Cette rareté de l'orchite ourlienne chez les enfants tient évidemment au non-fonctionnement de la glande sexuelle dans la première jeunesse.

L'orchite ourlienne est une localisation de la maladie et il est bien établi maintenant qu'il ne s'agit pas là d'une métastase, que la fluxion parotidienne et l'apparition de la fluxion testiculaire ne sont pas liées par un rapport déterminé (Sorel). L'orchite peut se montrer au début, ou à la période d'état, pendant la retrocession du gonflement parotidien ; parfois elle apparaît lorsqu'il est disparu depuis très longtemps. Quelquefois la tumeur primitive diminue réellement en même temps que se produit la localisation testiculaire; mais, dit Comby, il n'y a qu'une application de l'aphorisme hippocratique : *duobus laborem utremention obscurat alterum*.

Pour Rilliet, c'est habituellement du 6ᵉ au 8ᵉ jour après l'apparition des oreillons que se produit l'orchite. Dans un cas de Mauriac, elle s'est montrée le 16ᵉ jour, et Grivart l'a vue se développer dix jours et trois semaines, et Delages un mois et deux mois après le gonflement des parotides. Pour Catrin, le moment d'apparition le plus habituel dure du 4ᵉ au 8ᵉ jour. L'orchite est indifféremment du même côté ou du côté opposé que l'oreillon ; un oreillon double peut s'accompagner d'une orchite simple, un oreillon simple d'une orchite double (Catrin). Cependant Bizet avait noté que, dans l'épi-

démie d'Arras, la parotide droite se prenait d'abord, puis le testicule gauche ; la parotide gauche suivait et enfin le testicule droit.

Les oreillons les plus légers peuvent s'accompagner d'orchite, tandis qu'elle peut manquer dans des cas où les parotides sont énormes.

Le début de l'orchite est variable. Le plus habituellement le malade ressent d'abord de la douleur dans l'un des testicules qui augmente rapidement de volume, puis la fièvre se rallume si elle avait cessé. Lorsque l'on examine l'organe on constate, d'après Grisolle, Velpeau, que le gonflement occupe surtout le testicule lui-même. Cependant, Sorel a vu très souvent l'orchite ourlienne débuter par l'épididyme et pour Catrin, le processus non seulement débute toujours par cette partie de la glande, mais encore peut y rester localisé. La tuméfaction peut être très peu marquée, ou, au contraire, très considérable, les douleurs prenant alors une grande intensité. On constate alors que le scrotum est rouge, parfois œdémateux ; rarement il se fait un épanchement considérable dans la tunique vaginale.

Dans certains cas, le développement de l'orchite s'accompagne de phénomènes généraux graves, d'accidents nerveux avec état typhoïde ; les symptômes peuvent être tels que l'on pense à une fièvre typhoïde, à une méningite (Laveran).

La période d'état de l'orchite ourlienne ne se prolonge guère plus de deux ou trois jours, puis la résolution se fait rapidement.

L'orchite peut être double et, dans certaines épidémies, l'orchite double est même plus fréquente que l'orchite simple (épidémie de 1864 à Montpellier, 5 cas d'orchite double pour 3 d'orchite simple). Mais, habituellement, il est loin d'en être ainsi, et Laveran, après avoir réuni différentes statistiques, arrive à la proportion de 1 cas d'orchite double sur 6.

« L'orchite ourlienne, disait Velpeau, est la moins grave de toutes les orchites connues. » En réalité, il n'en est rien, car chacun sait maintenant un fait que Dogny, surtout, Hamilton, Morot, J. Frank ont déjà signalé puis qui avait été oublié, à savoir que l'atrophie consécutive de la glande est très fréquente Sellier et Grisolle décrivirent de nouveau l'atrophie testiculaire et, d'après les relevés réunis par Laveran, on peut dire qu'il y a environ 2 cas d'atrophie sur 3 cas d'orchite (103 cas sur 163 orchites). Catrin admet même le chiffre de 1 fois sur 2, qui peut être dépassé puisque sur 20 militaires du 107e de ligne atteints d'orchite ourlienne dans une épidémie d'oreillons qui se produisit à Angoulême en 1888, il y eut 11 cas d'atrophie à divers degrés. Par contre, la même année, 58 cas d'orchite ourlienne observés chez des hommes du 140e de ligne ne fournirent que 18 cas d'atrophie. Ce sont surtout les médecins militaires de régiment qui ont recueilli les statistiques les plus probantes. En effet, les malades soignés dans les hôpitaux sortent dès que le testicule a repris son volume normal et on ne constate guère alors qu'un peu de mollesse de la glande qui vient d'être atteinte. Ce n'est qu'un ou deux mois plus tard que l'atrophie deviendra évidente.

D'après Laurens, les malades qui ont eu des orchites, qu'il y ait ou non atrophie, accusent une sensibilité anormale du testicule atteint et se plaignent de douleurs dans l'organe, douleurs survenant à la suite de fatigues ou de changement de temps. Le testicule atrophié a à peu près le volume

d'un haricot; il est insensible et la pression de la glande ne provoque plus de sensation spéciale.

Servia a vu dans un cas le testicule s'hypertrophier.

L'impuissance et le féminisme sont la conséquence de l'atrophie double et totale. Les reins s'hypertrophient parfois, mais cette hypertrophie peut n'être que passagère, comme dans le cas de Lereboullet. L'impuissance et la frigidité absolue sont la règle, et chez les militaires la réforme est de droit.

L'atrophie limitée à l'un des testicules peut aussi s'accompagner de la diminution de la puissance virile (Laurens) ; mais, d'autres fois, le testicule du côté opposé s'hypertrophie et les appétits vénériens ne changent pas.

On a pu voir l'atrophie rétrocéder et le testicule reprendre son volume normal.

Il arrive parfois que l'orchite précède les oreillons. Il en était ainsi dans des cas observés par Courvoisier d'Hurbache, Lynch, Resseigner, Bizet, Vidal, etc.

Saucerotte a vu le gonflement parotidien disparaître en même temps que l'orchite, pour reparaître après la résolution de cette dernière.

Plus intéressants encore sont les cas d'orchite aiguë se développant, indépendamment des oreillons et de la blennorrhagie, chez des hommes jeunes et antérieurement bien portants, des épidémies d'orchites de ce genre ont été observées chez des soldats (Bourges, Dussey). L'inflammation testiculaire peut être suivie d'atrophie (Hublé). Laveran admet la réalité de l'orchite ourlienne sans oreillons et on peut en observer des cas pendant les épidémies. (Rilliet, Mayer, Desbarreaux-Bernard, Laveran.)

Comby, Sallard rattachent aussi à l'orchite ourlienne les orchites que l'on observe dans certains cas d'amygdalites. Elles peuvent se terminer par atrophie et ne suppurent que très rarement. Il s'agirait de cas frustes d'oreillons. Verneuil, Joal avaient déjà décrit les accidents testiculaires dans le cours des angines.

Les autres accidents du côté des organes génito-uninaires qui se produisent dans le cours de oreillons sont beaucoup moins fréquents que l'orchite. Barthez et Sanné ont observe 5 cas d'uréthrite accompagnant l'orchite ; l'écoulement était jaunâtre et visqueux et disparut rapidement. Gosselin a vu dans un cas une tuméfaction passagère de la prostate. Schmitt a aussi recueilli un cas d'uréthrite. Des observations plus anciennes de Grossin, Graves, Stiévenart, Billier, sont discutées par Laveran qui n'a jamais vu se produire d'écoulement.

La mastite ourlienne est très rare. Chez l'homme on ne connaît guère que les observations de Lemarchand et Bizet qui ont constaté que l'on pouvait, par la pression, faire sortir du mamelon un liquide séreux. Chez les femmes, les cas de mastites sont aussi très peu fréquents. Tous les auteurs reproduisent, à tour de rôle, les trois observations de Fernel qui datent de 1812; il faut citer aussi les cas de Bizet (petite fille de 3 ans), de Jobard.

L'ovarite est fort rare et, en dehors de deux observations discutables de Bizet, on ne trouve guère à signaler que les deux cas de Meynet et de Bouteiller. Dans le premier, une jeune fille de 16 ans, non réglée, est atteinte d'oreillons; huit jours plus tard, le gonflement disparaît, mais il reste de la fièvre, du malaise, et une douleur au fond des fosses iliaques,

surtout à droite. On sent, à ce niveau, une tuméfaction arrondie qui répond à l'ovaire droit. Au bout de trois semaines, les tuméfactions parotidiennes reparaissent, puis s'en vont en même temps que la tumeur ovarienne. Ainsi que le fait remarquer Comby, ce cas est discutable, et on pourrait penser qu'il s'est agit d'une anomalie de l'ovulation.

Il nous reste à mentionner la fluxion des grandes lèvres que Peter localise dans les glandes vulvo-vaginales. Cette localisation a été observée par Laglis, Rilliet.

Il pourrait, d'après d'Heilly, se produire des métrorrhargies ourliennes. Enfin, quelques auteurs ont admis une vaginite ourliennne qui est loin d'être prouvée.

De la tuberculose pulmonaire des vieillards

(*Suite et fin*) (1)

Par le docteur Maurice MICHEL,

Ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

D'après nos propres observations, il semble, en effet, que les crachats expectorés sont d'ordinaire un peu moins abondants que chez l'adulte. Cela peut tenir ou à ce que le malade en déglutit une partie ou peut-être à ce que les crachats sont produits en moins grande quantité en raison du peu de dissémination des lésions. Pour Gilbert (loc. cit.) cette rareté de l'expectoration reconnaîtrait une cause purement anatomique, elle serait due à ce que les cavernes sont souvent revêtues d'une paroi fibreuse sécrétant très peu.

Cette question d'abondance mise à part, les crachats nous ont toujours paru présenter les caractères ordinaires des crachats tuberculeux, ils sont verdâtres, puriformes, nummulaires.

La teneur en bacilles des crachats expectorés est variable, tantôt ceux-ci sont très abondants, tantôt il est nécessaire de faire un assez grand nombre de lamelles pour en trouver quelques-uns, discrètement répandus dans la préparation.

Quant à l'*hémoptysie*, elle est extrêmement rare ; nous l'étudierons en détail à propos de la forme hémoptoïque.

Dans cette forme commune de l'affection, la *dyspnée* est peu marquée, le malade ne s'en plaint guère, elle est comme on l'a dit : « plus objective que subjective ». Nous verrons plus loin, dans les cas où l'emphysème est associé à la tuberculose, que le symptôme dyspnée prend alors une toute autre importance.

Comme l'avait déjà signalé Prus, les *sueurs* sont d'ordinaire peu abondantes, et dans les cas où elles existent, elles sont moins tenaces et moins persistantes que chez l'adulte.

Les *douleurs thoraciques* ou autres, sous forme de points névralgiques, de gène dans les mouvements respiratoires ou dans certaines positions se rencontrent très souvent.

La *fièvre* est constante, et ne présente pas, quoiqu'en disent certains auteurs, les caractères qu'elle affecte chez les gens moins âgés. Elle n'est

(1) Voir l'*Union médicale* du 11 octobre 1894.

jamais très élevée, atteint rarement 39° et oscille d'ordinaire entre 37°5 et 38°5. L'exaspération vespérale est peu élevée, parfois même n'existe pas. Comme les maxima et les minima thermiques sont peu prononcés, il en résulte qu'on n'observe guère chez le vieillard les grandes oscillations qui chez l'adulte révèlent la pénétration dans le système circulatoire d'agents fébrigènes.

Quant aux symptômes fournis par les autres appareils, ils ne sont pas non plus très rares.

Les *troubles digestifs*, caractérisés par la dyspepsie, des vomissements, de la diarrhée, quelquefois précoces, sont notés souvent dans les observations des différents auteurs. Ces troubles sont ou non l'expression d'une altération anatomique de ces différents organes.

Des lésions laryngées, des pleurésies, de la tuberculose des organes génito-urinaires, des altérations osseuses, ganglionnaires et même cérébrales sont citées par Moureton, Ruelle, Gilbert, etc., et dans quelques-unes de nos observations. Nous n'y insisterons pas. Ces complications font pour ainsi dire partie du cortège symptomatique de la tuberculose pulmonaire sénile et ne diffèrent de celles observées chez l'adulte que par leur moindre fréquence et leur moindre intensité.

La valeur des *signes physiques* dans la symptomatologie de cette forme est diversement appréciée par les auteurs. Prus regarde le gargouillement et la pectoriloquie comme moins fréquents que chez l'adulte. Le râle muqueux s'observerait également plus rarement à cause du peu de crachats contenus dans les cavernes. Geist, de son côté, pense que les signes physiques ont peu de valeur pour dépister la tuberculose chez le vieillard ; le diagnostic, selon lui, se fait plutôt par l'ensemble des symptômes que par l'auscultation et la percussion.

Nous considérons pour notre part, l'opinion de l'auteur allemand, comme tout à fait exagérée en ce qui concerne la forme que nous avons en vue et nous ne pouvons pas souscrire d'avantage à ces lignes de Ruelle. « Les signes cavitaires sont également rares chez le vieillard et cela vient « de la petitesse des cavernes. Presque jamais on ne rencontre comme « chez l'adulte de ces vastes cavités grosses comme le poing ou même occupant la totalité d'un lobe réduit à une coque fort mince ». Comme Beau (loc. cit.), nous avons trouvé chez les vieillards les signes stethoscopique propres aux lésions tuberculeuses : dans tous les cas que nous avons pu observer, les signes fournis par l'examen du poumon ont été aussi nets que possible et les autres symptômes n'ont fait que corroborer les renseignements principaux qui en résultaient. Ce qui est vrai, c'est qu'on constate souvent une atténuation, une moindre intensité dans les signes d'auscultation, tenant sans doute aux modifications anatomiques de la cage thoracique et à la faiblesse des différents actes respiratoires chez le vieillard.

Comme l'a montré M. Albert Robin, *l'état de la nutrition* dans la tuberculose sénile diffère sur quelques points de celui observé chez les tuberculeux adulte.

La polyurie est moins fréquente, la phosphaturie moins fréquente et moins élevée que chez ce dernier.

Le chiffre des matériaux fixes qui exprime dans son ensemble l'activité nutritive est fort abaissé.

Il tombe chez le vieillard à 26 gr. au lieu de 30 à 50 par 24 heures chez l'adulte.

Au contraire, le rapport des matériaux inorganiques aux matériaux solides, qu'on peut appeler, dans certains cas, le coefficient de déminéralisation. (Alb. Robin), monte à 45 p. 100 au lieu du chiffre habituel de 30 à 33 p. 100.

L'urée tombe à 8 gr. en moyenne, les oxydations azotées sont fort diminuées, elles ne sont qu'à 74, 4 p. 100 au lieu de la normale de 85 p. 100.

En somme, et c'est là la conclusion de notre maître, la tuberculose sénile fournit l'un des exemples les plus frappants de la diminution et du retard dans les échanges organiques et dans les oxydations.

L'évolution des lésions dans cette forme de la maladie va plus ou moins lentement et elle marche de pair avec un affaiblissement progressif qui tient le malade immobilisé au lit.

Elle peut être entrecoupée par des incidents variables (diarrhée, pl urésie, etc.), qui ont d'ordinaire pour effet d'accélérer la marche de la maladie.

La mort des malades survient au bout d'un temps variable, plus rapidement que chez l'adulte selon Louis, plus lentement que chez lui d'après la majorité des auteurs. La terminaison fatale a lieu soit par les progrès de la cachexie tuberculeuse, soit par le fait d'une autre localisation de la maladie, soit enfin par une poussée aiguë de granulations parties du foyer chronique.

Il nous resterait à faire le diagnostic de cette forme, il faudrait la distinguer, ainsi que les autres variétés que nous décrivons plus loin, de la bronchite chronique, de la bronchectasie, de la broncho-pneumonie chronique, de l'emphysème, etc.

Pour ne pas le répéter à propos des formes suivantes, nous dirons que tous les signes basés sur l'examen clinique approfondi du malade et qui sont classiques doivent s'effacer devant la recherche du bacille qui reste le seul signe certain de l'affection.

Forme hémoptoïque. — L'hémoptysie est rare dans la tuberculose sénile (1) : tous les auteurs sont d'accord sur ce point; il n'y a guère que Louis qui prétende que la tuberculose s'accompagne d'autant plus d'hémoptysie que le sujet est plus âgé.

Cependant dans certains cas, peu fréquents. l'hémoptysie a été observée. Il ne suffit pas, toutefois, que cette perte de sang se produise pour qu'on soit autorisé à établir une forme hémoptoïque de la tuberculose chez le vieillard. Nous rangeons sous cette dénomination les cas où, par sa fréquence, sa répétition et son abondance, le phénomène hémorrhagique a pris une importance telle qu'il occupe la première place dans la symptomatologie de l'affection.

Il est difficile d'expliquer pourquoi la tuberculose prend alors cette allure sanglante qui fait défaut dans la généralité des cas. L'hémoptysie est-elle un phénomène purement contingent ? Existe-t-il là une sorte d'infection hémorrhagique analogue aux faits décrits récemment par Babès (2) ? Nous

(1) Emile Rollet. *Ueber Bluthustein im Greisenalter Wiener Medicinische Presse*, janvier 1875.

(2) Babès. *Arch. Médec. Expériment.*, juillet 1893.

ne savons : toujours est-il que cette dernière hypothèse mérite d'être prise en considération ,car, dans un cas de Moureton, la maladie s'accompagne de taches purpuriques cutanées avec ecchymoses articulaires semblant indiquer l'existence d'une véritable altération du sang.

Quelle que soit la pathogénie, d'ailleurs, probablement non univoque de ces différents cas de tuberculose hémoptoïque, cette forme de la maladie mérite d'être individualisée en raison même de sa rareté et pour les raisons que nous avons dites plus haut.

Comme chez l'adulte, l'hémoptysie apparaît parfois au début de la maladie ; elle est alors d'ordinaire peu considérable et constitue surtout un signe révélateur Parfois encore, on la voit survenir dans le cours de l'affection, se répétant à plus ou moins long intervalle. Plus souvent, elle est un symptôme tardif de la maladie, elle coïncide avec la période d'excavation. C'est aussi l'opinion de Thomas (1) qui admet que chez les vieillards tuberculeux le crachement de sang n'est pas un phénomène initial comme chez l'adulte, mais coïncide avec la présence des cavernes pulmonaires.

L'hémoptysie peut être si considérable qu'elle cause la mort du malade soit immédiatement (Quesne (2), Cornil (3). soit au bout de quelques jours Dans ce dernier cas on peut observer à la suite de l'hémorrhagie pulmonaire une véritable syncope.

Ces grandes hémoptysies ne sont pas toujours précédées des signes de l'affection tuberculeuse des poumons. Dans deux des observations de Moureton, elles ont pour ainsi dire été le premier et le dernier symptôme d'une phtisie latente jusque-là.

Quelquefois une élévation de température accompagne le crachement de sang, comme dans un de nos cas, ordinairement, une chute assez considérable de la fièvre en est la conséquence.

Contrairement à l'opinion de Day, de Jardin, le pronostic de cette forme hémoptoïque de la maladie, au moins pour les hémoptysies de la période de cavernes, est excessivement sérieux, et il est vrai que, comme le soutenait Geist, la phtisie a une durée moins longue quand elle s'accompagne d'hémoptysie.

A l'autopsie, on constate d'ordinaire le foyer hémorrhagique sous forme de sang épanché dans l'intérieur d'une caverne, mais il est parfois difficile de reconnaître le vaisseau ulcéré, origine de l'hémoptysie.

Forme emphysémateuse. Tuberculose fibreuse. — Nous serons bref sur cette association de la tuberculose et de l'emphysème : non pas qu'elle soit rare, mais parce qu'elle ne présente rien de plus chez le vieillard que chez l'adulte. Nous en rapprochons la tuberculose fibreuse, bien connue depuis le magistral travail de M. Bard (de Lyon) (4). Les deux variétés sont très fréquentes chez le vieillard : elles viennent immédiatement après la forme commune. Plus encore chez l'adulte, la tuberculose associée à l'emphysème marche lentement chez le vieillard, sans grands signes physiques, avec peu de signes fonctionnels, la dyspnée mise à part, et le malade meurt moins de la lésion tuberculeuse elle-même que d'une complication quelconque,

(1) L. Thomas. *De l'hémothysie dans la vieillesse.* Thèse de Paris, 1875.
(2) Quesne. *Bullet. de Soc. anat.*, 1824.
(3) Cornil (cité par Moureton).
(4) Bard. Thèse de Lyon, 1879.

cardiaque par exemple, relevant soit de l'emphysème, soit de la phtisie, soit des deux à la fois.

Forme pleurétique. — Les pleurésies existent chez le vieillard où elles reconnaissent les mêmes causes que chez l'adulte. Tandis que, chez ce dernier, les pleurésies avec ou sans épanchement sont dites tuberculeuses parce qu'elles sont symptomatiques d'une lésion bacillaire de la plèvre, parfois difficile à démontrer même histologiquement ou expérimentalement et parce qu'elles s'accompagnent à plus ou moins longue échéance de phtisie pulmonaire (Landouzy, Luton), il n'en est pas tout à fait de même chez le vieillard.

Ici la pleurésie, d'ordinaire séreuse, est parfois la seule manifestation sensible d'une tuberculose, non pas en puissance ou à peine visible, mais très prononcée des poumons.

Tantôt cette tuberculose passe complètement inaperçue, la pleurésie occupe toute la scène, tantôt les signes coïncident. D'après Jardin, la pleurésie qui survient dans ces conditions peut être sèche. Elle siège souvent alors au sommet et donne lieu à de la matité, à de la diminution du murmure respiratoire et à des frottements.

Elle peut s'accompagner aussi d'un épanchement et prendre alors les allures d'une maladie aiguë. Quelquefois le début en est long et insidieux sans réaction, parfois il est plus marqué et rappelle celui de la pleurésie aiguë chez l'adulte. Elle évolue en un temps variable et, quand le mal survient, on trouve à l'autopsie des lésions multiples portant sur la plèvre et sur le poumon. La séreuse est souvent épaissie, renfermant des tubercules: le poumon est ratatiné, diminué de volume et comprimé par l'épanchement. Il renferme des lésions tuberculeuses diverses: granulations grises ou jaunes, foyers caséeux siégeant vers sa base (Saucerotte (1), observat. personnelle). On a noté aussi la propagation à la séreuse abdominale (Jardin).

Forme latente. — C'est le propre des affections de l'âge sénile d'évoluer parfois en ne donnant lieu à aucun symptôme réactionnel soit local, soit général qui attire l'attention du médecin. Chez le vieillard où les réactions morbides sont réduites au minimum, il semble, comme on l'a dit, que les organes souffrent isolément et que même cette souffrance isolée reste muette. Le fait est bien connu pour la pneumonie, il l'est moins pour la tuberculose.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que ce qui caractérise d'une façon générale la phtisie sénile, c'est une atténuation des signes physiques et fonctionnels. Dans la forme latente cette atténuation est portée au maximum; l'affection passe inaperçue jusqu'au moment où des phénomènes sensibles surviennent, précédant de peu la terminaison fatale.

Le plus ordinairement les malades font remonter le début de leur indisposition à peu de jours. Ils ont un léger mouvement fébrile, le pouls fréquent, une toux modérée, souvent sans expectoration.

A l'examen du poumon, on trouve une matité plus ou moins marquée, des râles crépitants ou sous-crépitants, plus souvent des signes cavitaires. La langue est quelquefois sèche, rôtie, fuligineuse comme dans les états

(1) Saucerotte. — Quelques considérations sur la pleurésie sénile. — Thèse de Nancy, 1890.

typhoïdes prononcés : puis bientôt la température s'élève et le malade succombe dans un état semi-comateux.

Parfois même la maladie est encore plus latente, si l'on peut s'exprimer ainsi. Des sujets en apparence bien portants, meurent subitement et à l'autopsie on découvre des lésions bacillaires très caractérisées. Les altérations tuberculeuses constatées alors sont de deux sortes : les unes sont notoirement anciennes (cavernes, masses caséeuses), les autres sont de date récente (granulations grises plus ou moins confluentes), coïncidant parfois avec de la dilatation des bronches et de l'emphysème.

Le diagnostic, dans ces cas, n'est pour ainsi dire jamais fait, car les signes sont à peu près nuls (Ruelle) et les symptômes généraux ne sont guère rattachés à la tuberculose. L'examen seul des crachats, le cas échéant, permettrait d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une forme latente de phtisie sénile.

Formes aiguës. — Pendant longtemps on a cru que la tuberculose aiguë n'existait pas chez le vieillard. On avait bien trouvé dans des poumons séniles et aussi dans d'autres organes des granulations grises plus ou moins confluentes; mais, comme ces faits ne cadraient pas avec la théorie admise, on admettait que les tubercules rencontrés chez des individus âgés, avaient une origine ancienne et étaient restés, pour des raisons qu'on ne donnait pas, à l'état cru.

Mais bientôt on fut forcé de convenir que ces granulations grises étaient un produit jeune développé dans un organisme sénile. Comme chez l'adulte en effet, la tuberculose pulmonaire peut évoluer rapidement, peut présenter une marche aiguë.

Comme chez ce dernier, encore, ces pluies de granulations miliaires ont, dans la grande pluralité des cas et suivant la loi de Bühl, leur point de départ dans un foyer plus ou moins ancien, plus ou moins torpide de matière caséeuse. C'est dans le poumon d'ordinaire qu'on trouve le foyer originel sous forme de quelque tubercule caséeux, de caverne cicatrisée ou de produits crétacés. Fréquemment, la granulie est l'aboutissant d'une phtisie chronique vulgaire (observ. de Weil, de Gilbert, etc.)

D'autres fois, la lésion pulmomaire initiale est restée latente et la tuberculose aiguë n'en est que la manifestation ultime. Parfois, le point de départ est dans les ganglions (Liouville, Leude), dans le tube digestif (Lancereaux, Spillmann), dans les organes génitaux (Weil, Rendu), dans une altération osseuse (Parisot). Dans le cas de tuberculose aiguë que nous avons pu observer, il n'existait pas de foyer ancien dans le poumon, mais il y avait, sur le côté droit de la colonne dorsale, un abcès ossifluent ayant son point de départ dans une ostéite tuberculeuse de l'une des vertèbres. Comment s'est faite dans ce cas la généralisation tuberculeuse ? Il ne semble pas que ce soit par inoculation de proche en proche, car cet abcès n'était pas ouvert et les parois en étaient très épaisses. Il faudrait plutôt incriminer, pensons-nous, la voie sanguine ou lymphatique. Même dans ces formes aiguës, la tendance à la généralisation est peu marquée : le poumon est le plus ordinairement le seul organe envahi.

Forme catarrhale. — C'est là une des variétés le plus fréquemment rencontrée. Elle est remarquable à ce que les signes pulmonaires y présentent

des caractères d'une grande netteté qui attirent l'attention du côté de la poitrine.

Après une période de durée variable, marquée par de l'amaigrissement, des sueurs, de la perte d'appétit, ou bien même sans signes précurseurs, les malades sont pris de fièvre, parfois très élevée (40° et plus le soir), continue, ou de dyspnée, de cyanose. L'expectoration est muqueuse, mucopurulente ou hémoptoïque L'examen du thorax montre une submatité au sommet ; à l'auscultation on constate des râles sous-crépitants répandus dans toute l'étendue des poumons, augmentant vers les bases.

Quelquefois du souffle véritable s'entend; il est dû soit à la congestion intense du poumon, soit à des noyaux broncho-pneumoniques.

A l'autopsie, on constate dans les poumons une pluie de granulations grises, parfois avec une lésion tuberculeuse ancienne. Les autres organes splanchniques peuvent renfermer des tubercules miliaires, on en trouve dans le foie, dans les reins, le péritoine. Dans l'observation que nous devons à l'obligeance de notre collègue Leredde, il y avait un nombre considérable de très petites granulations dans le parenchyme hépatique, en voie de caséification à leur centre.

Forme pneumonique. — Presque tout le tableau classique de l'infection pneumonique se rencontre ici ; mais le début en est plus insidieux, le frisson et le point de côté peuvent faire défaut.

Les signes physiques sont à peu près les mêmes et ce n'est que par des nuances infimes que l'on pourrait théoriquement les distinguer de ceux donnés par l'hépatisation pneumococcique. Toutefois l'expectoration est un peu spéciale, les crachats ne sont pas rouillés, ils sont visqueux et plutôt brunâtres, ils ne renferment pas, cela va sans dire, le pneumocoque, mais ils ne contiennent pas davantage le bacille de Koch, tout au moins tant que le bloc pulmonaire hépatisé ne se ramollit pas. L'autopsie montre que l'hépatisation est constituée par un développement de granulations confluentes dans les alvéoles et jouant le rôle de l'exsudat pneumonique mais oblitérant les lobules pulmonaires.

Forme pseudo-pneumonique. — Nous avons individualisé sous ce nom une forme de tuberculisation aiguë, que nous avons observée dans le service de M. Albert Robin et dont nous n'avons pas trouvé d'exemple dans les auteurs.

Le début est insidieux, marqué par de la courbature, de la perte des forces et de l'appétit. Puis, peu à peu, la prostration s'accentue, la langue est sèche, rôtie, fendillée, comme on l'observe dans la pneumonie des vieillards. La dyspnée est peu marquée, l'expectoration nulle. Il y a incontinence des matières fécales et de l'urine.

A l'auscultation, on note l'existence de quelques râles crépitants fins, sans localisation fixe; la rate est légèrement augmentée de volume. La mort survient dans un état comateux.

La température a oscillé autour de 38°. Le diagnostic exact n'a été fait qu'à l'autopsie ; malgré le peu de netteté des signes pulmonaires, mais en raison de l'habitus du malade et de son état général, c'était vers l'hypothèse d'une pneumonie qu'on s'était rangé.

Il nous a paru juste de donner à cette forme le nom de pseudo-pneumo-

nique pour rappeler la ressemblance clinique imparfaite qu'elle présente avec le phlegmon du poumon.

Forme typhoïde — Mouton, Durand-Fardel n'avaient pas observé cette forme. C'est qu'en effet elle est rare chez le vieillard, et cela s'explique facilement. Dans la granulie à forme typhoïde, les lésions sont presque toujours généralisées à tout l'organisme; suivant l'expression de Peter, il grèle des tubercules, on en trouve partout, dans le poumon, le foie, les reins, le péritoine, les membranes encéphalo-médullaires, etc.

Or, nous avons vu que chez le vieillard, il existait une sorte d'état réfractaire à ces grandes généralisations de la maladie.

Le début s'annonce par quelques signes vagues, de la faiblesse et, d'une façon précise, par de la diarrhée. La température monte assez rapidement à 39°, le pouls est fréquent, la peau est sèche. Puis les symptômes typhoïdes apparaissent, la prostration survient, la langue et les gencives deviennent fuligineuses, l'amaigrissement se prononce, des signes congestifs se manifestent du côté du poumon, sans expectoration, sans que la dyspnée soit très marquée et le malade s'éteint progressivement dans l'adynamie.

En somme, c'est le tableau de la granulie typhoïde de l'adulte avec sa durée habituelle, avec des symptômes plus atténués, avec moins de relief dans la phénoménalité.

Forme broncho-pneumonique (phtisie galopante). — Cette variété de phtisie à marche aiguë, de phtisie « brûlant les étapes », existe aussi chez les gens âgés. Comme dans plusieurs des formes précédentes, les premiers signes en sont peu nets; c'est un affaiblissement et un amaigrissement qui paraissent sans cause. Les malades n'accusent qu'une légère douleur thoracique, l'auscultation et la percussion restent négatives. Puis progressivement, des signes pulmonaires positifs apparaissent, on constate de la matité à l'un des sommets ou aux deux, l'auscultation révèle des foyers de souffle à caractère tubaire ou caverneux, isolés, plus marqués cependant vers les régions supérieures du poumon.

L'expectoration est peu abondante, muco sanguinolente, des sueurs et une fièvre intense s'établissent et au bout de quelques semaines la mort survient.

Forme granulique latente. — Parallèlement à la forme latente de la phtisie chronique, on peut décrire une forme latente de la tuberculose granulique.

Dans ce cas, il s'agit de sujets atteints d'une affection quelconque soit pulmonaire, soit autre et dont la granulie vient terminer l'existence en aggravant sans doute la maladie primitive, mais en passant inaperçue pour le clinicien.

On a constaté de l'amaigrissement, de la perte progressive des forces, mais ces phénomènes sont mis sur le compte de l'affection initiale, car rien ou presque rien n'attire l'attention du côté de la poitrine. La fièvre fait ordinairement défaut.

Le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie où on trouve les poumons et aussi les plèvres parsemées de granulations tuberculeuses. Parfois on constate un épanchement pleural hémorrhagique, comme dans une observation de Geist.

Formes anormales. — Sous ce nom nous rangeons les différents cas où tuberculose a évolué d'une façon bizarre et dans lesquels les symptômes

ont prédominé soit du côté du cerveau (forme cérébrale de quelques auteurs), soit du côté du cœur (forme cardiaque).

Ce sont là des faits exceptionnels qui égarent le plus souvent le diagnostic et que nous ne faisons que signaler.

COURRIER

Souscription en faveur du docteur Laffitte. — L'*Association de la presse médicale*, poursuivant son œuvre confraternelle en faveur du docteur Laffitte, croit devoir dès maintenant réaliser son projet de souscription destinée à venir en aide aux enfants de notre infortuné confrère. Elle a désigné, dans ce but, une commission chargée de centraliser les souscriptions, qui pourront être adressées soit au bureau de notre journal, soit à M. le docteur Marcel Baudoin, 14, boulevard Saint-Germain, secrétaire général de l'Association.

Elle prie, dans l'intérêt d'une action commune et d'une répartition bien faite, ceux de nos confrères qui ont déjà pris ou qui prendraient une initiative de souscription particulière de bien vouloir s'entendre avec la commission d'organisation.

L'Association de la presse médicale est heureuse de saisir cette occasion de remercier ses collègues de la presse politique du concours sympathique et si efficace qu'ils lui ont prêté en cette circonstance.

L'Association de la presse médicale s'inscrit dès aujourd'hui pour la somme de 1,000 francs.

Association de la presse médicale. — *Assemblée d'octobre 1894*. — Le quatrième dîner pour l'année 1894 a eu lieu le 5 octobre 1894 au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cézilly, syndic. Vingt membres assistaient à cette séance.

Les demandes d'adhésions, comme correspondants étrangers, de l'Association, des directeurs de journaux étrangers publiés en langue française, ont été admises à l'unanimité. Sont désormais correspondants étrangers : *Gazette médicale de Liège* (Dr Brasseur) ; *Journal d'Accouchements* (Dr Charles) ; la *Polielinique* (Dr Jacobs) ; l'*Organe de la Confraternité médicale* (Dr Vindervogel) ; *Archives médicales belges* (Dr Maistriau) ; le *Scalpel* (Dr de Jace) ; la *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople* (Dr Apéry) ; les *Archives de médecine et de chirurgie pratiques de Belgique* (Dr Hocquart) ; la *Revue médicale de la Suisse romande* (Dr Picot) ; le *Bulletin de la Société des médecins naturalistes de Jassy* (Dr Bogdan) ; l'*Union médicale du Canada* (Dr Lamarche).

L'*Association* a décidé de réaliser son projet de souscription en faveur du docteur Laffitte et a désigné dans ce but une commission composée de MM. Roché, conseil judiciaire, Gilles de la Tourette, Laborde, Meugy et Marcel Baudouin ; cette commission a été chargée de centraliser les souscriptions.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — II. H. Gaudier : Un cas d'ostéomyélite aiguë du sternum. — III. Revue de la presse de province. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — V. Courrier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La sérothérapie et la production du vaccin antidiphtérique. — Conserve des viandes. — Transport des œufs. — La rage à Paris en 1893. — Le bulletin officiel des séances du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

La sérothérapie est encore le sujet à l'ordre du jour. L'intérêt inspiré par la communication de M. Roux ne s'est pas refroidi et des manifestations de tout genre lui en apportent chaque jour la preuve.

Dans l'ordre scientifique, c'est d'abord la lecture que Behring a faite à Vienne, à la réunion des naturalistes et médecins allemands, quelques jours après celle de M. Roux.

Behring, comme notre compatriote l'a rappelé lui-même, l'avait précédé dans cette voie et c'est avec l'autorité que lui donne cet antécédent qu'il a fait ressortir l'importance de la découverte qui leur est commune, et prouvé que, dans dix années, elle aura sauvé la vie à un million et demi d'enfants. C'est encore la confirmation de Ehrlich (de Berlin), qui a rappelé, dans cette même réunion, que sur 89 cas de diphtérie traités par l'antitoxine à haute dose, il n'en est mort que 12, c'est-à-dire 13,5 p. 100, mortalité qui serait réduite à 8 p. 100, si l'on défalquait du chiffre des décès 5 enfants qui étaient presqu'à l'agonie quand on a commencé le traitement, et qui sont morts dans les 24 heures. Lorsqu'on commence les injections le premier ou le second jour, la guérison, dit Ehrlich, est presque certaine

L'enthousiasme ne s'est pas ralenti dans le monde extra-médical. De toutes parts des demandes de sérum antidiphtérique affluent à l'Institut Pasteur qui ne peut pas y suffire. Il faut prendre des mesures pour en accroître la production et, comme l'établissement ne dispose pas des ressources nécessaires, pour y faire face, une souscription a été ouverte par un journal politique et dépasse déjà 200,000 francs (1). Les conseils municipaux des principales villes de France y figurent pour de fortes sommes, et le succès va grandissant.

Les préfets de quelques départements se sont adressés au ministre de l'Intérieur pour se procurer du vaccin antidiphtérique et le ministre, avant de leur répondre, a désiré connaître l'opinion de l'Académie de médecine sur l'efficacité de ce vaccin et sur son mode d'emploi. Il lui a écrit à cet effet une lettre dont le secrétaire perpétuel a donné lecture à la séance du 9 octobre, et dans laquelle il demande à être promptement renseigné, en raison des épidémies de diphtérie qui existent en ce moment sur différents points du territoire.

La lettre du ministre de l'intérieur a été renvoyée à l'examen d'une comsion qui fera son rapport à la prochaine séance. Sa composition est telle

(1) La liste publiée le 13 octobre s'élevait à 236,339 fr. 40.

qu'on ne peut pas douter de l'avis qu'elle émettra, et le ministre, une fois renseigné, s'empressera, nous n'en doutons pas, de suivre l'exemple donné par l'initiative privée et d'allouer une subvention à l'Institut Pasteur pour faire face au surcroît de dépenses que va lui imposer la production du sérum antidiphtérique en quantités aussi considérables que celles qui seront demandées.

Les nations étrangères commencent à entrer dans le mouvement et le ministre de l'intérieur d'Italie vient d'autoriser l'introduction et l'usage dans le royaume, par les médecins et à titre d'expérience, du sérum antidiphtérique préparé par le docteur Roux, ainsi que de celui qui s'obtient dans les laboratoires des docteurs Behring et Ehrlich. Tous les autres vaccins-antidiphtériques sont interdits.

Le bruit qui s'est fait autour de cette découverte et l'enthousiasme qu'elle excite rappellent involontairement ce qui s'est passé en Europe, il y a quatre ans lorsque le professeur Koch annonça qu'il venait de trouver le moyen de guérir la phtisie. Les esprits sceptiques n'ont pas manqué de faire ce rapprochement et d'évoquer le souvenir de la déception cruelle par laquelle se termina cette aventure. Personne ne sait au juste ce qui adviendra, au point de vue pratique, de la découverte de M. Roux, et j'ai déjà fait mes réserves à cet égard; mais il importe de montrer à l'avance combien la façon de procéder de notre compatriote diffère de celle du savant d'Allemagne.

M. Roux a dirigé ses recherches d'une façon rigoureusement scientifique, en suivant la méthode de son maître. Il a multiplié ses expériences sur les animaux avant de tenter un essai sur l'espèce humaine et il a poursuivi l'application de son procédé, pendant six mois, à l'hôpital des Enfants, avant d'en faire connaître les résultats. M. Roux a constamment opéré au grand jour dans son laboratoire comme à l'hôpital. Dans sa communication à Budapest, il n'a rien caché, rien tenu dans l'ombre et, depuis son retour, le docteur Martin organise des leçons du dimanche à l'Institut Pasteur et démontre, devant les médecins qui s'y pressent, les principes et la technique de la méthode qu'ils ont suivie tous deux. La première leçon a eu lieu le 7 octobre.

MM. Roux et Martin ont procédé, en un mot, avec la loyauté scientique dont M. Pasteur a donné l'exemple à ses élèves. Enfin, l'innocuité du sérum-antidipthérique est complètement démontrée et ses effets thérapeutiques sont attestés par les médecins qui ont été témoins des cures entreprises à l'hopital des Enfants.

La conduite du professeur de Berlin a été tout opposée. Il a tenu ses expériences secrètes, il n'a fait connaître ni la nature de sa *lymphe* ni la façon dont il la préparait; il s'est borné à annoncer, par toutes les voies de la publicité, et d'une façon prématurée, des résultats dont l'expérience a bientôt démontré l'inexactitude. Il a été reconnu que ses inoculations étaient dangereuses, que la *tuberculine*, loin d'être inoffensive, accélérait, chez les malades, l'évolution du processus qu'elle avait la prétention de combattre, et, de toute cette campagne, il n'est resté qu'un élément de diagnostic pour la tuberculose bovine.

Enfin, il y a encore une différence qui vaut la peine qu'on la signale. Le gouvernement allemand s'est réservé le monopole de la vente du remède du docteur Koch et le faisait payer fort cher, tandis qu'en France, la première

pensée qui se soit fait jour dans le public, c'est d'ouvrir une souscription pour permettre à M. Roux de se procurer du sérum diphtérique en grande quantité afin de pouvoir le distribuer gratuitement à tout le monde.

— Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine est très fréquemment appelé à se prononcer sur des procédés chimiques pour conserver les viandes. Récemment encore, il a été mis en demeure, par le préfet de police, d'émettre son avis sur deux *sels de conserve*, l'un à base d'acide borique, l'autre de bisulfite de soude. M. Nocard, chargé de faire le rapport, a rappelé au Conseil que sa jurisprudence n'avait jamais varié, qu'il n'avait jamais cru possible d'autoriser l'emploi de produits antiseptiques, même inoffensifs, quand il s'agit d'assurer ou de prolonger la conservation de substances alimentaires d'origine animale. L'emploi de ces produits aurait un résultat doublement fâcheux ; il permettrait de mettre en vente des viandes ayant déjà subi des altérations et perdu de leur valeur nutritive et, d'un autre côté, l'action directe du produit conservateur peut provoquer la formation d'éléments organiques qui n'entrent pas dans la viande fraîche ; enfin, il n'est pas impossible, aujourd'hui que l'acide sulfurique est fabriqué avec des pyrites arsénicales, que les sulfites qui en proviennent retiennent des traces de composés arsénicaux.

Le Conseil, fidèle à sa ligne de conduite, a rejeté l'emploi de ces deux procédés et il serait à désirer qu'on ne lui en soumît plus de semblables. De tous les moyens chimiques de conservation qui ont été successivement vantés, un seul a prévalu, c'est la *salaison*, et si les viandes salées n'ont pas tous les inconvénients qu'on leur a jadis attribués, tout le monde sait qu'elles ne possèdent pas la valeur nutritive de la viande fraîche.

Les procédés physiques sont les seuls qui remplissent convenablement le but. Il en est deux qui sont pratiques : le vide et le froid ; le procédé d'Appert et la congélation. Tous deux sont employés sur une grande échelle, depuis que les nécessités de la défense nationale ont forcé le département de la guerre à réunir des approvisionnements considérables, en vue d'une mobilisation rapide. Nous avons parlé dans un autre article (1) de l'*usine frigorifique* de la Villette qui doit contenir de 200,000 à 250,000 kilogrammes de viande congelée. D'une autre part, l'administration de la guerre fait fabriquer, dans son usine alimentaire de Billancourt, des boîtes de conserves pour l'approvisionnement de l'armée. On y met en usage un nouveau procédé adopté par la *commission de l'alimentation du soldat en campagne* et qui diffère quelque peu de celui d'Appert déjà modifié par Fartier. Il consiste à introduire la viande crue désossée et dégraissée dans des boîtes en fer-blanc qu'on ferme au balancier et qu'on soumet ensuite, dans un autoclave, à une température de 120 degrés, pendant deux heures et demie. Ce procédé donne, dit-on, d'excellents résultats.

La réfrigération est également appliquée à la conservation et au transport des œufs. On commence à exporter d'Australie et à diriger sur Londres des chargements d'œufs conservés de cette façon. Ils ont, en arrivant, leur saveur et leur apparence normales. L'Angleterre en fait, comme on le sait, une énorme consommation ; elle les emploie non seulement en nature, mais encore à la fabrication de ses biscuits Palmers et autres. Une seule de

(1) L'usine frigorifique de la Villette. *Union médicale* du 10 janvier 1893, t. 55, p. 37.

ces maisons consomme 5,000 œufs par semaine, aussi en fait-on venir de tous les pays : des côtes de Bretagne d'abord, d'Italie ensuite et enfin de Russie. Pour les transporter de ce dernier pays, on emploie un procédé dont le journal la *Nature* a donné dernièrement la description, d'après le *Bollettino de Notizie commerciale*.

Ce moyen consiste à casser les œufs et à en verser le contenu dans des caisses de fer-blanc hermétiquement fermées. Ces caisses ou *tambours*, comme on les appelle en Angleterre, peuvent en contenir de 1,000 à 1,500. Elles sont munies d'une ouverture circulaire par laquelle on introduit le contenu des œufs et qui est fermée au moyen d'un bouchon de liège scellé à la cire. A leur arrivée à Londres, on y met une canulle à clef au moyen de laquelle on les tient en vidange, pendant quelque temps. Ce mode de transport assez original donne, dit-on, de bons résultats. Il est inutile de dire que les œufs ainsi conservés sont destinés à la pâtisserie.

— Le *Bulletin municipal officiel*, qui met une lenteur inexplicable à faire paraître le compte rendu des séances du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, s'est enfin décidé à publier, dans son numéro du 3 octobre, le rapport lu le 17 août par le docteur Dujardin-Beaumetz, sur les cas de rage humaine observés en 1893, dans le département. Il y a eu dans le cours de l'année, quatre décès dus à cette cause ; ce n'est que la moitié de la moyenne des douze années précédentes. Sur les quatre personnes qui ont succombé deux avaient été traitées complètement à l'Institut Pasteur et une incomplètement. Comme il est entré pendant l'année dans cet établissement 261 personnes mordues provenant du département de la Seine, cela fait, en défalquant le cas où le traitement a été incomplet, une proportion de 0,76 morts pour 100.

— Le moment approche où nous n'aurons plus à nous plaindre de retards dans la publication de nos séances, comme celui que je viens de signaler. A partir du 1er janvier prochain, le Conseil d'hygiène aura son recueil spécial, M. Dujardin-Beaumetz nous a annoncé vendredi cette bonne nouvelle. Le *Bulletin officiel des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine* paraîtra deux fois par mois, sous la direction du préfet de police son président.

Une commission de huit membres a été nommée, séance tenante, pour rechercher le genre de publication le plus avantageux pour le Conseil et le moins dispendieux pour l'Administration.

Jules Rochard.

Un cas d'ostéomyélite aiguë du sternum,

Par le docteur H. Gaudier, chef de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lille

J'ai eu l'occasion, il y a quelques mois, d'observer un cas parfaitement net d'ostéomyélite aiguë du sternum. C'est une affection très rare ; en effet, à ma connaissance, cette localisation d'ostéomyélite n'a été observée que deux fois. Les deux cas appartiennent à Bergmann et ont été relatés dans les *St. Petersburger med. Wochers.*, 1884 et 1887. Gangolphe croit également l'avoir vu une fois sur un adulte ; mais le défaut de vérification anatomique ne lui permet pas d'être plus affirmatif.

Il s'agit, dans notre observation, d'un jeune homme de 14 ans, ouvrier de fabrique, qui, à la suite de nombreuses fatigues, fut obligé, le 12 juin 1894, de s'aliter. Depuis quelques jours il se sentait mal à l'aise ; il était abattu, n'avait plus d'appétit et tous les soirs il avait un peu de fièvre ; la nuit il dormait mal. Il ressentait au milieu de la poitrine, sur le sternum, un point douloureux, avec irradiation le long des côtes. Avant de s'aliter il y avait bien déjà quinze jours qu'il souffrait en cet endroit, mais la douleur avait augmenté dans les derniers temps et, la nuit, elle était si lancinante qu'elle l'empêchait totalement de dormir. Ce jeune homme avait remarqué aussi que, depuis l'apparition de cette douleur il ressentait des palpitations cardiaques que réveillait la plus petite cause.

Il le vit le 15 juin: c'est un grand garçon bien constitué qui présente toutes les apparences d'un typhique : langue saburrale, état gastrique, diarrhée et abattement. Son sternum étant très douloureux, il immobilise sa cage thoracique et il prend la position dans laquelle cette immobilisation sera la plus complète. Un rapide interrogatoire m'apprend qu'il n'a jamais été malade ; son père et sa mère se portent bien et ne présentent aucune tare, tant héréditaire qu'acquise : pas de tuberculose, pas de syphilis. En le découvrant, on constate de suite que la portion moyenne du sternum est le siège d'un gonflement notable. A cet endroit existe une tuméfaction rosée, empiétant sur les cartilages costaux voisins. A la palpation, cette tuméfaction est horriblement douloureuse et le malade se laisse difficilement examiner, mais on ne sent pas de fluctuation évidente : c'est plutôt la sensation d'un tissu œdématié. Le point le plus douloureux siège au centre de la tuméfaction, au milieu du corps du sternum. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire ou cervicale et le malade ne présente rien sur les différentes parties du corps. Sa température rectale, prise immédiatement, est de 39,4 et, au niveau du sternum, il y a une augmentation évidente de la température locale.

L'auscultation des poumons décèle quelques râles de congestion pulmonaire à la base droite et le malade présente des crachats légèrements teintés sans cependant se plaindre de point de côté ni de gêne respiratoire. Les battements du cœur sont précipités, mais il n'y a pas de lésions des orifices ni d'épanchement péricardique. L'examen des urines, qui sont rares, permet de constater la présence de traces d'albumine.

Je n'hésitai pas, étant donné l'état général grave du sujet et la nature de la lésion qui avait pour point de départ certainement le sternum, et était probablement une ostéite infectieuse aiguë, je n'hésitai pas à proposer une intervention immédiate qui fut acceptée.

Après incision de la peau et du tissu sous-cutané, d'où s'écoule un peu de sérosité sanguinolente, j'arrivai sur le périoste considérablement épaissi et la palpation me permit de reconnaître la présence d'un liquide. Le périoste était soulevé par cette collection liquide dans l'étendue d'une pièce de 2 francs, à peu près. Je l'incisai et je tombai sur un abcès sous-périosté, contenant à peu près la valeur d'une cuiller à café de pus verdâtre, strié de rouge et sans aucune odeur. L'os dénudé était blafard, et, manifestement, à la partie médiane de l'abcès existait un petit pertuis, d'où sourdait une gouttelette de pus. Ce pertuis, très fin, ne put recevoir mon stylet qui était très volumineux. A l'aide de la gouge et du maillet, j'enlevai une rondelle d'os de la grandeur d'une pièce de 1 franc, et en la détachant je fis sortir du pus de même nature que le pus de l'abcès sous-périosté. Ce pus était collecté dans une cavité située juste au centre de l'os. Cette cavité, irrégulière, mais sans prolongements, ne renfermait pas de fongosités ; toute la surface en était rugueuse, et au milieu il y avait deux petits sequestres de la grosseur d'un grain de blé.

Je curettai toute cette cavité, ainsi que l'abcès sous-périosté, et après un nettoyage au chlorure de zinc au 1/10, je bourrai le tout avec de la gaze iodoformée, sans réunir la plaie cutanée, ne la rétrécissant par un point de suture qu'aux deux angles.

Le soulagement fut immédiat; la température commença à baisser le soir même; mais elle ne tomba complètement que trois jours après, époque à laquelle les lésions pulmonaires disparurent.

La plaie a pris un certain temps à se combler, et il a fallu près de deux mois pour que la cicatrisation fût accomplie; actuellement, il reste au niveau de la peau une petite cicatrice un peu déprimée, et l'os est encore le siège d'un gonflement assez volumineux, mais nullement douloureux. Le malade a pu reprendre son travail, et actuellement il ne se ressent plus de rien.

Voici l'observation au point de vue clinique; voyons maintenant ce que nous donne l'examen bactériologique. L'examen a porté sur le pus des abcès sous-périostés et intra-osseux, et sur les crachats du malade.

Jamais il n'a été décelé de bacille tuberculeux.

Les ensemencements du pus, faits sur bouillon, gélose, etc., n'ont donné qu'une seule et même espèce de microcoque, le staphylocoque doré et les cultures étaient d'une virulence extrême.

C'est ce même staphylocoque que l'on a retrouvé aussi dans les crachats du malade pendant tout le temps de la période aiguë de son ostéo-myélite, et cette confirmation de l'identité des lésions osseuses et pulmonaires est bien intéressante, et démontre encore une fois de plus les relations qui existent dans le cours des ostéo-myélites aiguës entre les lésions viscérales et la lésion osseuse. J'ai dit qu'il y avait eu des traces d'albumine, et cette albumine a disparu rapidement après l'intervention.

Le diagnostic ici ne peut pas être douteux; il s'agit bien là d'une affection aiguë infectieuse s'étant localisée sur le sternum, et ayant donné lieu à des manifestations infectieuses pulmonaires et rénales; le tout ayant entraîné un état général grave simulant la fièvre typhoïde. La présence du staphylocoque doré dans le pus nous permet d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une ostéo-myélite aiguë de l'adolescence.

Le diagnostic ici ne présentait pas de difficultés, étant donnés les antécédents du sujet et la marche aiguë de l'affection, ainsi que son caractère réellement infectieux. Ce n'était pas et ce ne pouvait être une lésion tuberculeuse. La tuberculose même évolue plus lentement et elle ne réagit pas sur l'organisme d'une manière aussi intense que dans l'infection par le staphylocoque. Il y avait bien la lésion pulmonaire qui aurait pu donner le change, mais elle siégeait aux bases des poumons; les sommets étaient indemnes, et sa disparition rapide a bien montré qu'il ne s'agissait que d'une localisation infectieuse au même titre que la localisation osseuse. Il ne restait plus que l'ostéomyélite, et seule son extrême rareté en cet endroit pouvait faire hésiter avant l'intervention.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Pneumonie infantile et méthode de Brand. — M. Chambard-Hénon : L'histoire médicale lyonnaise de la méthode réfrigérante appliquée au traitement des pneumonies remonte tout au plus à douze ans; comme pour le traitement de la fièvre typhoïde, les Allemands sont nos devanciers.

Le premier fait date de 1882; en décembre, à la Société des sciences médicales dans une discussion sur la pneumo typhoïde, M. Glénard parle d'une pneumonie baignée

comme typhoïde et dont la défervescence se fit le septième jour ; il fait remarquer que, sous l'influence de la médication; les symptômes ne furent nullement aggravés. Dans la même séance, M. Glénard fait allusion à une autre pneumonie chez un enfant de 20 mois traité par la méthode réfrigérante ; cette observation a été publiée dans la thèse de M. P. Lacour. A la même époque deux observations de pneumo-typhoïde l'une de M. Humbert Mollière, l'autre de M. Launais, ne font aucune allusion à la méthode de l'eau froide.

Il faut arriver à la communication de M. Louis Gignaux, pour entrer véritablement dans la question.

A partir de cette époque, le corps médical lyonnais, rompu depuis 1872 à l'application de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde, acceptait volontiers les conclusions de Gignaux : 1° dans une pneumonie, si la température se tient aux environs de 40° même sans complications, il faut recourir à la réfrigération, avec la conviction que le bain d'une complète innocuité d'ailleurs, préviendra les complications qui ont de grandes chances d'apparaître ; 2° toutes les fois qu'une pneumonie quelle que soit la température, présentera les symptômes typhoïques (ataxie ou adynamie, délire continu, coma, faiblesse du pouls, etc.), que ces symptômes apparaissent au début ou dans le cours de la maladie, le bain froid est impérieusement indiqué concurremment avec le traitement diététique et stimulant.

En 1884 a paru la thèse de M. Pierre Lacour : *De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants*, thèse écrite sous l'inspiration de M. Colrat. M. Lacour rend très bien compte de l'effet du drap mouillé chez l'enfant atteint de pneumonie : l'impression du froid provoque une excitation violente des muscles respiratoires. En effet, quand on place un homme sain sous la douche d'eau froide et qu'on l'interroge sur ses sensations, il répond habituellement s'il est sincère et s'il ne cherche pas d'explications scientifiques: « Ça vous coupe le souffle. » Et, de fait, ce patient est dans un état d'inspiration violente, prolongée, maintenue ainsi quelques secondes et suivie d'une expiration non moins violente et aussi complète qu'elle peut être ; le mouvement alternatif d'inspiration et d'expiration exagérées se répète plusieurs fois et va en s'atténuant et en se régularisant. Il en est de même du petit malade, et comme ses bronches sont encombrées de pus, ces mouvements respiratoires s'accompagnent de violentes quintes de toux qui mieux que l'ipéca ou l'émétique, aident à l'expectoration, sans débiliter le malade, lui donnant au contraire cette tonicité nerveuse, effet presque constant de l'eau froide.

En juillet 1885, M. Colrat fait une communication complétant les documents publiés dans la thèse de M. Lacour.

M. Colrat, préfère le bain tiède au maillot. Il est plus expéditif de donner un bain frais de 5 à 10 minutes entre 27 et 28°, tous les quatre ou cinq heures; l'enfant se refroidit mieux qu'avec le maillot; on sait mieux ce que l'on fait pour ce qui est de la température réfrigérante employée car le thermomètre donne exactement la température du bain, ce qu'on ne peut avoir qu'approximativement avec des compresses et un maillot. On sait mieux quel abaissement de la température fébrile on a chez son malade en prenant sa température rectale avant la mise au bain et une demi-heure après la sortie du bain qu'en le fatiguant par un thermomètre laissé dans le rectum, souvent une heure et même deux heures. Enfin, il faut surveiller les compresses, les changer, le bain est plus simple.

La statistique de M. P. Lacour est très encourageante, si l'on songe qu'il a opéré dans le milieu nosocomial, sur des enfants affaiblis, rachitiques, scrofuleux, insuffi-

samment nourris pendant leur vie antérieure à la maladie. Sur 19 malades, 17 ne dépassaient pas la deuxième année de la vie.

Un enfant est mort d'une récidive après deux mois de guérison ; s'il eût été dans sa famille et dans de bonnes conditions hygiéniques, c'eût été une guérison certaine. Un autre enfant a eu une rechute après onze jours de guérison, c'est là encore une victime de la salle d'hôpital. M. Lacour aurait pu écrire à la fin de son travail, au lieu de 19 cas, 11 morts, 8 guéris; 19 cas, 9 morts, 10 guéris.

M. le docteur Chaumier, du Grand-Pressigny (Indre-et-Loire), a publié en 1885, au congrès pour l'avancement des sciences à Grenoble, une autre statistique de pneumonies traitées par le froid. Comme ce praticien n'avait pas à lutter contre le milieu hospitalier, la statistique est incomparablement plus belle. Il donne le chiffre de 35 pneumonies. Les uns ont eu l'affusion froide et le bain froid, les autres l'affusion froide seulement.

Il donne trois ou quatre bains par jour à 37 degrés, entre les bains des affusions froides de deux en deux heures. 12 de ces malades n'ont eu que des affusions froides toutes les deux ou trois heures. Tous les malades traités par le froid ont guéri.

Outre l'innocuité de la méthode, M. Chaumier ajoute que le bain froid fait cesser le délire pendant deux ou trois heures ; les malades mangent mieux et ne sont pas tourmentés par la soif.

Il faut encore citer une très intéressante observation de M. le docteur Garel, publiée en août 1884. Il s'agissait d'une pneumonie hyperthermique survenue dans le cours d'un état puerpéral.

Enfin, en 1888, on note encore une très remarquable observation de M. Humbert Molière, de fièvre typhoïde compliquée de broncho-pneumonie et traitée par la méthode réfrigérante, bains froids et compresses froides thoraciques.

Dans ce cas absolument désespéré, il est bien évident que la malade n'a dû son salut qu'à la méthode de Brand, appliquée avec sagacité.

Dans le cas de M. Chambard-Hénon, un enfant de trois ans et demi, affaibli par un état fébrile antérieur, prend secondairement une pneumonie double à forme très grave et n'est soumis aux bains froids que pendant sept jours. Pendant ce temps, l'enfant a pris 32 bains à 34° au début, pour arriver ensuite à 28°. Sous l'influence du traitement, le délire a cessé, l'état général est allé en s'améliorant et surtout le malade a uriné ; la guérison a été complète.

De la forme pleurale du cancer de l'estomac. — Cette forme vient d'être décrite par MM. Devic et Chatin. L'affection se manifeste uniquement, jusqu'à une période très voisine de la mort, par un ensemble de symptômes pleuro-pulmonaires ou seulement pleuraux. Ces symptômes peuvent éveiller l'attention du malade qui vient alors demander son admission à l'hôpital à cause de la dyspnée ou du point de côté qu'il éprouve. Ils peuvent aussi passer tout à fait inaperçus et déterminer si peu de troubles du côté des voies respiratoires que le malade est tout étonné quand on lui apprend qu'il a une pleurésie.

L'épanchement est séreux et reste séreux jusqu'à la fin, qu'on ait fait ou non une ou plusieurs ponctions. Il est plus ou moins abondant et, après la ponction, se reforme plus ou moins vite, suivant l'étendue des lésions sous la dépendance desquelles il est placé, et aussi suivant l'état d'affaiblissement du malade. Il peut se former ultérieurement, au point où la ponction a été faite, un nodule cancéreux sous cutané comme dans les cas rapportés par Quincke.

L'examen histologique du liquide des ponctions révèle l'existence d'éléments cellulaires spéciaux qui, d'après les recherches d'Ehrlich, de Quincke et les nôtres, n'ont de

véritable valeur diagnostique que par leur groupement en agrégats. Ces grosses cellules aplaties, quand elles sont isolées, peuvent ressembler à s'y méprendre aux cellules tuméfiées et dégénérées provenant d'une plèvre, siège d'une inflammation quelconque. Quincke voit dans la réaction du glycogène un caractère distinctif de ces cellules cancéreuses. Dans notre cas, elles se coloraient bien par l'éosine, mais non par les couleurs basiques d'aniline. Peut-être y aurait-il lieu de poursuivre dans ce sens de nouvelles recherches.

Les troubles digestifs sont nuls ou à peu près. Il y a seulement un peu de diminution de l'appétit, par d'anorexie prononcée, pas de vomissements. Il n'y a pas d'adénopathie, moins encore de tumeur épigastrique, la douleur fait complètement défaut. Tous ces signes négatifs ne permettent pas *a priori* de ranger le malade parmi les dyspeptiques. On est tout porté, bien au contraire, à croire que le patient mange peu à cause de l'état de son appareil pleuro-pulmonaire. Ce n'est que tout à fait à la dernière période qu'il peut survenir un phénomène important et imprévu, tel que l'hémathémèse, par exemple, et qui attire forcément l'attention du côté des voies digestives.

L'état général ne s'altère que tardivement, assez longtemps il reste bon. L'appétit ne faisant pas complètement défaut, l'amaigrissement n'est pas très prononcé. Il n'y a pas de cachexie véritable et le malade ressemble plutôt à un anémique.

L'examen du sang (numération des globules et surtout valeur globulaire), l'absence ou le peu d'intensité des divers souffles anémiques montreront qu'il s'agit d'une anémie symptomatique et non d'une anémie pernicieuse essentielle.

L'albuminurie n'existe pas ou est très peu prononcée, comme, du reste, dans la presque totalité des autres formes cliniques du néoplasme gastrique.

Les phénomènes généraux ne mettent guère sur la voie du diagnostic qu'en les rapprochant des signes spéciaux de l'épanchement pleural. Une fois la nature cancéreuse de la pleurésie soupçonnée ou établie, et après s'être assuré qu'aucun organe facilement accessible à l'exploration, tels que le sein, l'utérus, le corps thyroïde, etc., n'est atteint, il faudra pratiquer l'examen méthodique de l'estomac.

La détermination du chimisme, dans ces cas, doit rendre un grand service et, le plus souvent, permettre d'établir un diagnostic ferme.

L'absence d'H. C. L. dans le filtrat d'un repas d'épreuve, la présence d'une quantité notable d'acide lactique auront une importance considérable et une valeur incontestable ; il ne faudra jamais négliger, en pareil cas, de pratiquer cet examen.

La fièvre peut faire complètement défaut et quand elle existe elle est modérée. Le diagnostic est alors particulièrement difficile, c'est dans ce cas surtout où on pense à la tuberculose et où l'examen microscopique de l'épanchement acquiert une importance réelle, plus considérable même que la constatation d'un néoplasme gastrique, on sait bien, en effet, que la tuberculose pleuro-pulmonaire apparaît parfois au cours du cancer de l'estomac.

Quand il ne s'agit pas de tuberculose pulmonaire, la fièvre peut tenir à une infection quelconque d'origine bronchique ou autre. Elle peut aussi dépendre de l'évolution seule du néoplasme.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1894. — Présidence de M. FERRAND

Un nouveau cas de myxœdème guéri par l'alimentation thyroïdienne. — Le thyroïdisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow et avec l'hysterie.

M. Béclère. La femme que je vous présente est un nouvel exemple de guérison du myxœdème par l'ingestion de glandes thyroïdes de mouton. Par suite d'une erreur au début du traitement, j'ai été amené pour ainsi dire malgré moi à lui faire prendre une dose énorme de l'aliment curateur, 92 grammes en 11 jours. J'ai pu voir ainsi succéder aux phénomènes myxœdémateux qui disparaissaient les symptômes de l'intoxication thyroïdienne, de ce que j'appelle le *thyroïdisme*. Au premier rang de ces symptômes est une tachycardie avec une instabilité telle de la fréquence des battements cardiaques, que je les ai vus s'élever de 110 à 160 par minute après quelques pas ou même après un changement de position. Cette tachycardie doit guider le praticien dans l'application d'un traitement qui n'est pas sans danger puisque en Angleterre il a déjà plusieurs fois déterminé la mort subite. Débuter par de faibles doses, surveiller le cœur et lui éviter toute fatigue, tout effort, sont d'utiles recommandations. Avec la tachycardie, les autres symptômes du thyroïdisme déjà signalés sont l'élévation de la température, l'insomnie, l'agitation, la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie, la paraplégie incomplète, la sensation de chaleur, la sudation exagérée, auxquels il faut joindre ceux que j'ai observés en plus chez ma malade, la tache cérébrale de Trousseau, l'augmentation du nombre des respirations, un tremblement passager des bras et surtout la saillie des yeux et l'éclat du regard. Tous ces symptômes présentent avec ceux de la maladie de Basedow une telle ressemblance qu'il est légitime d'attribuer leur production dans cette maladie à une sécrétion exagérée de la glande thyroïde, cette hypersécrétion pouvant d'ailleurs dépendre de conditions fort diverses.

Ma malade qui n'avait avant le traitement aucun antécédent ni aucun stigmate d'hystérie est prise subitement, au plus fort de son intoxication thyroïdienne, d'une aphasie passagère avec monoplégie du bras droit et anesthésie en segments géométriques superposés, de nature manifestement hystérique. Je suis donc amené à compter le suc thyroïdien ingéré ou sécrété en excès au nombre des agents provocateurs de l'hystérie, et tenté d'interpréter autrement que les auteurs classiques les rapports de la maladie de Basedow et de l'hystérie dont la coexistence est si fréquente. Quand l'hystérie est la première en date, le thyroïdisme la renforce. Il la réveille ou l'évoque comme font tant d'autres intoxications quand l'hystérie n'apparaît qu'après la production de la maladie de Basedow.

Il importe d'ailleurs de mieux préciser les limites de cette maladie et de séparer de ce qui lui appartient en propre tout ce qui ressort à l'hystérie surajoutée, tels, je crois, les nombreux troubles paralytiques, hémiplégies, paraplégies, ophtalmoplégies, observés dans son cours, mais présentés également par des hystériques purs.

En résumé, je pense que le syndrome de Basedow, réduit à ses éléments essentiels, ne fait que traduire en clinique l'excès de sécrétion de la glande thyroïde, quelle qu'en soit la cause et je crois que la maladie de Basedow ne tardera pas à passer de la catégorie des névroses dans celle des auto-intoxications, évocatrices de l'hystérie.

M. Rendu demande si l'on a constaté chez la malade de M. Béclère l'élimination d'albumine ou de mucine, qui a été déjà signalée, dans plusieurs observations, au moment de la démyxœdématisation.

M. Béclère : La mucine n'a pas été recherchée ; quant à l'albumine, il y en avait une petite quantité avant le traitement thyroïdien ; elle disparut tout d'abord mais reparut ensuite, toujours en petite quantité au moment de l'intoxication thyroïdienne.

M. Chantemesse rappelle ses expériences sur un mouton auquel il avait injecté de grandes quantités de suc thyroïdien. L'animal n'eut pas d'albuminurie, mais une tachycardie très prononcée et il maigrit beaucoup.

Manifestations locales de la fièvre typhoïde

M. Fernet: On observe souvent, dans le cours de la fièvre typhoïde, des déterminations locales de la maladie qui en modifient quelquefois d'une façon extrême le tableau clinique et peuvent causer des erreurs de diagnostic (pneumonie, pleurésie, méningite). En outre, il peut se faire, dans la fièvre typhoïde, des infections secondaires. Les accidents locaux doivent donc se grouper en deux classes distinctes : 1° les manifestations locales typhiques, dues au bacille d'Eberth ; 2° les accidents dus à des causes secondaires et qui sont alors de véritables complications. C'est du premier groupe dont M. Fernet s'occupe aujourd'hui.

Les causes de ces déterminations locales restent souvent ignorées. Quelquefois on peut incriminer des lésions locales antérieures, et probablement les troubles circulatoires persistants qui leur ont succédé. Ainsi des pneumonies ou des laryngites antérieures peuvent expliquer le pneumotyphus ou le laryngo-typhus. Ces considérations sont d'ailleurs applicables à toutes les maladies infectieuses.

Au point de vue clinique, ces déterminations locales ne présentent rien de spécifique. C'est l'examen bactériologique qui démontre que l'on a bien affaire à une manifestation pure de la fièvre typhoïde. De plus, elles sont très souvent latentes, d'une évolution lente et torpide. Si on les recherche cependant on se rend compte de leur grande fréquence. Tous les appareils devraient être passés en revue dans la fièvre typhoïde comme on le fait pour le cœur dans le rhumatisme.

M. Fernet, rapporte à titre d'exemple, le cas d'une jeune fille de 16 ans, entrée à l'hôpital Beaujon au dixième jour d'une fièvre typhoïde ; on constate la présence de taches rosées ; traitement par les bains froids, le benzo-naphtol, etc.; en tout, 37 bains ; la malade sortit guérie trois semaines environ après son entrée à l'hôpital.

Mais cette fièvre typhoïde présenta plusieurs déterminations locales : dès les premiers jours, signes de péritonite subaiguë : douleurs abdominales généralisées, ballonnement, léger épanchement péritonéal. On ne fit pas de ponction exploratrice. Cette péritonite dura quinze jours environ.

Dès l'entrée de la malade, également, éréthisme cardiaque très prononcé, suivi bientôt après par des signes de péricardite sèche (frottements). En même temps, troubles nerveux, subdélire, hyperesthésie généralisée (symptôme important de la granulie, d'après M. Empis). Enfin, signes de broncho-pneumonie à la base gauche. Rien aux plèvres.

Dans ce cas, le péritoine, le péricarde, les méninges, le poumon ont donc été simultanément ou successivement atteints. Il y a là une analogie frappante avec la tuberculose aiguë. L'évolution est la même, mais l'agent pathogène diffère.

M. Chantemesse : Les faits anatomiques justifient la comparaison de M. Fernet. On a vu, recouvrant tout le péritoine, des granulations typhoïques fort analogues au granulations tuberculeuses (Hoffmann).

COURRIER

Le *Journal officiel* du 13 octobre enregistre la nomination de M. Yersin, médecin de 2e classe des colonies, au grade de chevalier de la Légion d'honneur, pour services exceptionnels en Indo-Chine. On sait qu'après avoir été, pendant quatre ans, préparateur du docteur Roux à l'Institut Pasteur, M. Yersin a été chargé par le ministère des

colonies d'aller à Hong-Kong au cours de l'épidémie dont nous avons rendu compte, et qu'il y a découvert le microbe de la peste.

— On remplace depuis quelque temps les chaires d'hygiène et de thérapeutique par celle d'histologie dans certaines écoles de médecine, en voici deux nouveaux exemples. Et pourtant il nous semble qu'après la clinique l'enseignement qui consiste à prévenir les maladies et à les traiter est la plus importante.

La chaire d'hygiène et thérapeutique de l'école de médecine de Rouen est supprimée à dater du 1er novembre 1894.

Il est créé à l'école de médecine de Rouen une chaire d'histologie.

La chaire d'hygiène et thérapeutique de l'école de médecine de Caen est supprimée à dater du 1er novembre 1894.

— Un concours s'ouvrira le 8 avril 1895 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Le Conseil municipal de Paris sera saisi incessamment, paraît-il, par une de ses commissions, d'une proposition tendant à inscrire au budget la somme nécessaire pour assurer à tous les enfants indigents de la ville le sérum antidiphtérique. La dépense en résultant paraît devoir être de 50 à 600,000 francs une fois donnés par la ville, à l'Institut Pasteur, et d'une subvention annuelle de 5,000 à 6,000 francs.

Le banquet des médecins de réserve. — Vendredi dernier, au Cercle militaire (avenue de l'Opéra), les médecins de réserve et de l'armée territoriale qui ont pris part aux manœuvres du service de santé se sont réunis en un dîner auquel avaient été invités les médecins de l'armée active chargés de la direction des manœuvres.

Le banquet était présidé par le docteur Kuhff, ayant en face de lui le docteur Neumann, membre du bureau de la réunion des médecins de réserve. Parmi les invités se trouvaient M. le lieutenant-colonel Bailloud, du 22e d'artillerie, dont la conférence au début des manœuvres avait produit une profonde impression, M. le lieutenant-colonel docteur Neys, médecin en chef de la 2e division de l'armée suisse, M. le médecin principal Corties, M. le médecin-major de 1re classe Doubre et, parmi les médecins de réserve, MM. les docteurs Chatin, de l'Académie de médecine, Gaucher, Balzer, Buté, etc. En tout près de 80 convives.

Des toasts ont été portés par MM. Kuhff, le colonel Bailloud, Corties et le lieutenant-colonel Neys, très touché des souvenirs évoqués sur le rôle paternel de la Suisse en 1871. M. le docteur Rouillard, chef de clinique à Saint-Anne, a fort égayé et ému les convives en débitant des vers inspirés par la vie du médecin militaire.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. DUPLAY : Fistule uréthro-périnéale d'origine blennorrhagique. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Courrier.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur DUPLAY

—

Fistule uréthro-périnéale d'origine blennorrhagique

(Leçon recueillie par M. GERVAIS DE ROUVILLE, interne du service)

Messieurs.

Je désire aujourd'hui appeler votre attention sur un de nos malades de la salle Saint-Landry, qui présente une complication peu commune de la blennorrhagie, terminée d'une façon peu commune.

Cet homme, âgé de 38 ans, exerce la profession de manœuvre. Ni tuberculeux ni syphilitique, il a toujours joui d'une santé parfaite.

Il y a quatre ans, il a été atteint pour la première fois d'une blennorrhagie ; à la suite d'injections intra-uréthrales de natures variées, et de l'usage prolongé pendant trois mois de copahu et de cubèbe, l'écoulement a disparu. Le malade en avait complètement perdu le souvenir ; il urinait facilement et sans douleur, lorsqu'il y a trois mois, il contracte une deuxième blennorrhagie. Celle-ci durait depuis un mois, lorsque le malade ressentit une douleur vive au niveau du périnée, sur le côté latéral gauche du raphé périnéal. A ce niveau, se produisit rapidement un gonflement, une tuméfaction en forme de bille ; les douleurs devinrent lancinantes, la peau rougit, devient adhérente, s'amincit ; la tuméfaction s'abcède et un liquide purulent s'écoule par l'ouverture ainsi produite. Le malade se sent dès lors immédiatement soulagé, la sensation de tension périnéale, les douleurs lancinantes disparaissent, et, à partir de ce jour, il remarque qu'au moment des mictions ses urines se divisent en deux jets : un jet suit la voie normale et sort par le méat, l'autre sort par la fistule périnéale ; ce dernier jet est filiforme. Comptant sur une guérison spontanée, et n'éprouvant plus aucune souffrance, le malade continue à vaquer à ses occupations comme si de rien n'était. Mais, au bout d'un mois, ne constatant aucun changement dans son état, il se décide à entrer à l'hôpital.

Voici alors ce qu'il nous est permis de constater : le malade est en pleine blennorrhagie, l'écoulement est abondant et caractéristique ; il existe, dans la région périnéale, une tuméfaction latérale, allongée d'avant en arrière, et de dedans en dehors ; l'extrémité antérieure de cette tuméfaction répond à la région bulbaire de l'urèthre ; son extrémité postérieure regarde l'anus, dont elle reste distante de un à deux centimètres, la peau est, à ce niveau, rouge, épaissie, et un peu douloureuse à la pression, la consistance de la tuméfaction est variable suivant les points ; dure à la périphérie ; elle est rénittente, fluctuante même vers son centre. Après tâtonnements, on parvient à faire pénétrer un petit stylet fin de trousse dans un petit orifice difficile à trouver. Une bougie n° 9, introduite par le méat dans l'urèthre, arrive au bulbe, et permet de constater à ce niveau l'existence d'un léger rétrécissement ; si, en même temps on cathétérise la fistule périnéale, le

stylet explorateur se dirige en avant et en dedans et arrive au contact de la bougie uréthrale : Il existe donc, à n'en pas douter; une fistule uréthro-périnéale.

Les fistules faisant communiquer l'urèthre avec le périnée sont de constatation fréquente en clinique ; elles reconnaissent le plus souvent pour cause la blennorrhagie.

En arrière d'un rétrécissement blennorrhagique, un abcès urineux s'est formé, dont la poche se rompt à l'extérieur ; la fistule siège, dans ce cas, sur la ligne médiane du périnée ; il en est de même des fistules consécutives à l'inflammation blennorrhagique des follicules uréthraux ; la folliculite détermine la péri-folliculite et l'abcès péri-uréthrale s'ouvre dans l'urèthre et à la peau ; on observe ces fistules dans la région pénienne et sur la ligne médiane : le pus suit, dans sa marche vers l'extérieur, le chemin le plus court. Chez notre malade, l'évolution a été celle des abcès péri-uréthraux ; mais le siège de la douleur primitive de l'abcès et de la fistule consécutive est absolument différent. Quelle est donc la pathogénie de l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons ? Le siège latéral de la tuméfaction, sa forme allongée dans le sens antéro-postérieur, sa direction parallèle au raphé médian du périnée, font immédiatement penser à l'inflammation d'une des glandes de Méry-Cooper, analogue aux glandes vulvo-vaginales de la femme, dont le conduit excréteur s'ouvre au niveau et de chaque côté de la partie bulbaire de l'urèthre. Au cours d'une blennorrhagie et par continuité d'infection microbienne, ces glandes s'enflamment : c'est la cowpérite, étudiée pour la première fois par Gubler, en 1849, et plus tard par Couillard dans sa thèse. Les caractères cliniques de l'inflammation d'une des glandes de Cowper sont : une tuméfaction latérale du périnée ; la formation d'un phlegmon péri-glandulaire ; la suppuration et l'ouverture spontanée de l'abcès à la peau du périnée et dans l'urèthre. L'existence du canal excréteur, isolé de la glande, pourrait bien donner la clé de cette ouverture spontanée ; on voit très nettement, dans la bartholinite, le canal excréteur de la glande, très gros, donner issue au pus, à la manière d'une véritable fistule.

Comme toute fistule uréthrale, celle qui est consécutive à une cowpérite n'a aucune tendance à la guérison spontanée ; on conçoit de plus la possibilité d'une infiltration urineuse, dans le cas où l'ouverture périnéale viendrait à se fermer.

Il faut donc traiter ces fistules. Le traitement préventif consiste à ouvrir l'abcès le plus tôt possible ; J.-L. Petit donnait le conseil, afin de mettre sa responsabilité à couvert, de prévenir le malade, avant l'intervention, de la possibilité de l'écoulement de l'urine par l'incision périnéale.

Lorsque la fistule est constituée, c'est directement à elle que doit s'adresser le traitement. Après guérison de la blennorrhagie, on pourrait, à la rigueur, avoir recours à la sonde à demeure et à la cautérisation du trajet. Cette méthode thérapeutique échoue fréquemment.

Le mieux est de fendre le trajet jusqu'à l'urèthre ; de disséquer en totalité la paroi du trajet fistuleux ; on se trouve alors en présence d'une plaie cruentée, nette, que l'on réunit très exactement à l'aide de la suture enchevillée ; la sonde à demeure est de rigueur. Si la chaudepisse est guérie et que le foyer soit aseptique, les chances de guérison sont grandes. Mais il

faut bien savoir que ces fistulettes uréthrales sont beaucoup plus difficiles à guérir que les grandes perles de substance.

N. B. — La ligne de conduite précédemment indiquée a été suivie. La guérison s'est rapidement produite.

CONGRÈS FRANCAIS DE CHIRURGIE

Huitième session tenue à Lyon (du 9 au 13 octobre 1894)

Samedi dernier, la huitième session du Congrès français de chirurgie a pris fin et tout le monde est d'accord pour rendre hommage au si excellent accueil fait par les Lyonnais aux Congressistes. On ne peut que féliciter aussi M. Picqué, le nouveau secrétaire général, de son activité et de la manière dont il a groupé les différents sujets à traiter dans les ordres du jour.

C'est le professeur Ollier qui a souhaité la bienvenue à ses confrères et les a remerciés d'avoir choisi Lyon pour siège du viiie Congrès. Le professeur Tillaux, président, a pris ensuite la parole pour prononcer le discours d'ouverture et après avoir salué Lyon, « cette grande et noble cité dont l'histoire se confond dès la plus haute antiquité avec celle des arts, des sciences, des lettres, de l'industrie et de la civilisation ». a mis en relief, avec cette autorité de parole qu'on lui connaît, les grandes figures de la chirurgie lyonnaise. Puis les travaux du Congrès ont commencé!

Comme on le sait, c'est la première fois que le Congrès français de chirurgie ne se tient pas à Paris. Lyon, la deuxième ville de France, était tout a fait indiqué pour cet essai de décentralisation et il faut dire que le Congrès a parfaitement réussi. Faut-il de là conclure que dorénavant le siège des assises de l'association française de chirurgie devra se trouver alternativement à Paris et en province ; ce n'est pas, nous le croyons, l' vis de la majorité des membres du Congrès.

Lyon offrait cette année des attractions toutes particulières à cause de son exposition universelle. L'Ecole lyonnaise tient de plus une grande place dans l'histoire de la chirurgie, enfin les hôpitaux de la grande ville du Rhône sont partout cités et offraient l'intérêt particulier de leurs visites. En serait-il de même dans une autre ville française? Nous ne le pensons pas. De plus, il est inutile de le répéter, les chirurgiens de Province acceptent avec plaisir la nécessité de venir passer une semaine à Paris et la réciproque ne peut exister pour les chirurgiens de la Capitale. Aussi aurons-nous la neuvième session dans notre bonne ville de Paris et il en sera probablement de même pour la dixième et les suivantes ; nous le souhaitons du moins dans l'intérêt de l'Association française de chirurgie.

C'est M. Alphonse Guérin qui, élu vice-président l'année dernière doit présider le Congrès qui aura lieu en octobre 1895. M. Beckel (Eugène), de Strasbourg est élu vice-président. On a eu aussi a nommer deux membres du conseil d'administration, MM. Delorme et Le Dentu ont été élus et quatre secrétaires qui sont : MM. Broca, Baudouin, Coudray et Mauclaire. Enfin, signalons les modifications suivantes apportées au règlement.

1° La réunion des membres de l'association en Congrès a lieu à Paris tous les ans en octobre et coïncide avec l'Assemblée générale ;

2° Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'association, doivent envoyer une demande signée par deux membres au secrétaire général qui la transmet au conseil d'administration et la renvoie signée, à l'intéressé. En cas d'acceptation, il est de plus délivré, contre un envoi de 25 francs, un reçu détaché d'un registre à souche qui donne droit au titre de membre de l'association.

3° Les membres du Congrès qui désirent faire une communication, prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour sont priés de le faire savoir au secrétaire général deux mois au moins avant l'ouverture du Congrès. Ils devront joindre, s'il s'agit d'une communication ou d'une discussion, le titre et un résumé très bref contenant leurs conclusions principales. Le résumé est obligatoire, il sera soumis au conseil d'administration, puis publié, s'il y a lieu, *in-extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

4° Tout travail qui a été imprimé ou présenté à une société savante ne peut être lu devant le Congrès.

5° Les séances du Congrès sont publiques. Toutes les communications et discussions se font en français.

Elles sont limitées à deux et ne peuvent être lues que par l'auteur.

6° Les communications ne peuvent avoir une durée de plus de dix minutes. Le président a le droit, sans consulter l'assemblée, de donner une prolongation de cinq minutes, soit un quart d'heure en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'assemblée.

7° S'il y a discussion, il est accordé à l'orateur cinq minutes pour répondre et, avec l'agrément du président, dix minutes.

8° Les communications lues en séance sont publiés *in extenso* ou en résumé sous la surveillance du comité.

8° bis Les manuscrits des communications doivent être remis de suite au secrétaire général ou au plus tard au début de la séance qui suit celle de la communication, faute de quoi une simple analyse en sera publiée.

9° Tout travail qui serait publié autrement que par les soins du comité dans un délai moindre de trois mois après la cession, ne figurera que par son titre au volume des comptes rendus.

Les séances ont lieu l'après-midi de deux heures à six heures, mais la durée des séances peut être modifiée, selon le nombre des communications annoncées.

Des séances supplémentaires, le matin, peuvent être fixées par le conseil. si le nombre des séances réglementaires est jugé par lui insuffisant.

11° Toute proposition de modification au règlement devra être signée par vingt-cinq membres du Congrès. Elle sera renvoyée au conseil d'administration qui présentera sur elle, dans la première séance du Congrès suivant, un rapport dont les conclusions seront soumises au vote de l'assemblée.

Est comprise sous ce titre, toute proposition relative à la date et au siège du Congrès.

Exposons maintenant les principales questions traitées au congrès.

L'*étiologie et la pathogénie du cancer* avait été choisie comme devant faire l'objet de la première grande discussion. En l'absence de M. le professeur Verneuil, empêché, M. le professeur Bard (de Lyon) s'est chargé du rapport.

Tout d'abord l'orateur expose que, pour étudier ce sujet si délicat, il faut partir des lois qui régissent l'évolution des cellules vivantes et il importe d'abord de définir ce que nous entendons par cancer. Il ne faut pas, nous dit M. Bard, limiter le cancer à l'épithélioma. Il faut entendre par cancer toutes les tumeurs malignes, mais il n'y a pas de démarcation nette entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, mais, au con-

traire, un passage graduel, et chaque jour nous rencontrons des tumeurs, qui, au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, sont sur la limite qui sépare les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes. Chercher la pathogénie du cancer, c'est chercher celle des tumeurs en général. On a voulu limiter le nom de cancer aux tumeurs épithéliales, comme si c'était le tissu, dont la tumeur est constituée, qui crée la malignité de la tumeur, et comme si, dans les tumeurs malignes, l'épithélium se comportait autrement que les autres tissus. En réalité, ce qui donne à la tumeur son caractère de malignité, ce n'est pas le tissu dont elle est constituée, mais la façon dont ce tissu évolue, la prolifération anormale dont il est l'objet. Cette prolifération désordonnée peut se rencontrer au sein de tous les tissus. Il y a non seulement un cancer épithélial (épithélium), mais un cancer du tissu conjonctif (sarcome) et même un cancer du sang et de la lymphe (leucocythémie), ces liquides devant être considérés comme de vrais tissus.

Ce qui empêche encore de chercher une pathogénie à part pour les tumeurs épithéliales, c'est que nous ne savons pas où commence et où finit l'épithélium ; il est impossible de faire une démarcation nette entre ce tissu et les tissus voisins.

Toutes les tumeurs ont donc une pathogénie univoque, quel que soit le tissu dont elles proviennent. Des tissus sont néoplasiques, non parce qu'ils sont de tel ou tel tissu, mais parce qu'ils prolifèrent de certaine façon. La meilleure preuve, c'est que les cellules des tumeurs n'ont pas perdu les caractères spécifiques du tissu dont elles proviennent ; elles restent spécifiquement différenciées, et on peut, à l'inspection microscopique d'une tumeur, savoir quelle est son origine, car ses cellules gardent toujours les caractères différentiels du tissu dont elles sont nées ; leur seul caractère spécial est leur faculté de prolifération désordonnée. Même dans les tumeurs, il existe une spécifité des éléments cellulaires, c'est là une des lois fondamentales que j'annonçais au début : il n'y a pas de cellules indifférentes ; chaque cellule a son évolution fixée par l'hérédité qu'elle tient de la cellule dont elle provient ; chaque évolution est fixe et les cellules de chaque tissu ont leur évolution parfaite.

Mais, dans chaque tissu, une cellule peut, à un moment donné, proliférer d'une façon exagérée sans perdre pour cela ses caractères spécifiques. Il en résulte cette première loi, tout tissu a son cancer, et ce cancer lui est particulier.

Si nous suivons l'évolution des idées sur le cancer, nous voyons que, de plus en plus, on tend à considérer les cellules cancéreuses comme ne différant pas spécifiquement des cellules normales. Autrefois on les considérait comme des produits étrangers à l'organisme (Lebert), Broca se contenta ensuite de les qualifier d'hétéromorphes. Puis Fabre-Domergue les considère comme des cellules ne différant pas morphologiquement des cellules de l'organisme, mais qui seraient désorientées (désorientation cellulaire). Je crois qu'il faut aller plus loin dans cette voie et poser cette conclusion, qui sera ma deuxième proposition : les cellules cancéreuses ne diffèrent pas en elles-mêmes des cellules normales ; elles en diffèrent seulement fonctionnellement par leur mode de multiplication qui est une prolifération désordonnée.

Un troisième point est le suivant : toute tumeur dérive d'une cellule unique ; elle est constituée par cette cellule seule et sa descendance, et les noyaux secondaires sont des essaims qui proviennent de la prolifération de cellules détachées du noyau primitif, sans que jamais les parties voisines entrent pour quelque chose dans la constitution propre de la néoplasie. Cette vérité me paraît aujourd'hui démontrée. On ne soutient plus que des leucocytes viennent s'adjoindre à la tumeur pour prendre part à sa formation. On rencontre bien parfois autour des cancers une prolifération plus active du tissu étranger au sein duquel il se développe ; mais jamais cette prolifération n'arrive à

se confondre avec le tissu cancéreux, qui garde dans le tissu étranger où il est plongé es caractères spécifiques du tissu dont il est dérivé sans que jamais l'on trouve de zone intermédiaire entre les deux tissus.

Ces faits rappelés et ces lois posées, nous pouvons aborder l'étude des théories pathogéuiques du cancer.

On peut diviser ces théories en deux groupes.

Le premier, que j'appellerai groupe des théories intérieures, fait dériver la cause du cancer de l'organisme cancéreux lui-même ; les théories extérieures, au contraire, reconnaissent comme cause du cancer l'action sur l'organisme d'un agent qui lui est étranger (parasites).

Parmi les premières, la plus ancienne est celle de Cohnheim, ou de l'origine embryonnaire des tumeurs. D'après Cohnheim, les cellules de l'organisme adulte n'ont pas une puissance de prolifération suffisante pour produire une tumeur. Celles-ci proviennent de cellules de l'embryon qui, pour une cause ou pour une autre, sont restées longtemps inactives et ne se mettent à proliférer que plus tard Mais, en réalité, tous les tissus peuvent donner naissance à des tumeurs, aussi bien les tissus adultes que les tissus embryonnaires; mais les cellules embryonnaires, non différenciées suffisamment, donnent lieu à un genre tout particulier de tumeur, bien spécial, les tumeurs à tissus multiples. Donc la grande majorité des tumeurs, les tumeurs à tissn unique ne proviennent pas de cellules embryonnaires.

Une autre théorie intérieure est celle de la parthénogenèse des cellules, soutenue par M. Duval. Les tumeurs reconnaîtraient pour point de départ un ovule non fécondé et se développant cependant, mais anormalement. Cette théorie est basée sur l'observation de la parthénogenèse chez les animaux et veut comparer à ce phénomène la production des tumeurs. Mais la parthénogenèse est le développement d'un ovule non fécondé porté par une femelle pubère, jamais par un embryon, encore moins par un individu mâle adulte; et cependant les hommes ne sont pas épargnés par le cancer.

La théorie dite de l'enclavement fœtal (fœtus in fœto) admet aussi que la tumeur a pour point de départ un ovule. Mais ici l'ovule n'appartient pas à l'organisme cancéreux. Elle aurait eu une grossesse gémellaire ; un des jumeaux, encore à l'état d'ovule, aurait été absorbé par l'autre. Cette théorie cherche à se baser sur deux faits isolés d'alternances, dans les familles, de grossesses gémellaires (jumeaux non cancéreux), et d'enfants cancéreux.

Aucune des théories intérieures ne satisfait donc l'esprit.

Les théories extérieures sont aujourd'hui encore plus battues en brèche. La théorie microbiene du cancer, on n'en parle plus; les microbes ont fait place aux coccidies, et si l'on admet que l'on peut trouver des microbes dans des tissus cancéreux, c'est, dit-on, par invasion secondaire de la tumeur. Mais la même objection peut être faite pour les coccidies. Quant à celles-ci, les arguments invoqués contre leur existence ont été trop souvent reproduits pour que je les répète ici. J'ajouterai cependant que l'on n'observe jamais dans les cellules cancéreuses des dégénérescences cellulaires analogues à celles produites par les virus, ou les néoformations microbiennes (tuberculose, syphilis), excepté toutefois quand elles sont envahies par un processus morbide analogue à celui qui pourrait frapper un tissu normal; car cellules cancéreuses et cellules non cancéreuses réagissent de même vis-à-vis des infections.

Kelsch a essayé de soutenir que le cancer était produit par un virus, mais un virus atténué, incapable de produire des dégénérescences cellulaires. Voilà une singulière atténuation qui rendrait plus redoutable le virus atténué que le virus non atténué.

En résumé, on peut dire que le cancer est quelque chose de spécial; ce n'est ni une

inflammation, ni une dégénérescence, ni une infection, ni un virus ; c'est un processus spécial, à pathogénie spéciale, caractérisé par la prolifération désordonnée d'une cellule. Mais on peut dire que livrée à elle-même la cellule tend toujours à proliférer; mais elle est retenue par des forces que nous ne connaissons pas bien. On peut dire : la tumeur résulte de la suppression des forces physiologiques qui résistent aux proliférations cellulaires désordonnées.

Quelle est la cause de cette annihilation des forces physiologiques. On a accusé la suppression de l'action modératrice du système nerveux. A cela il y a deux objections : 1° il existe des tumeurs du tissu nerveux au même titre que des autres tissus; 2° il existe des tumeurs chez des animaux inférieurs privés de système nerveux.

Ce n'est donc pas le système nerveux ni telle autre partie de l'organisme qui est fautif. C'est l'organisme lui-même dans son entier. On peut dire : l'organisme dans son ensemble a une influence harmonisatrice sur chacune des cellules qui le composent; quand cette influence est annihilée, la tumeur apparaît.

Dans ce cas, est-ce la cellule atteinte de cancer qui échappe à l'influence de l'organisme, ou bien est-ce l'organisme qui perd son influence? Si cette dernière hypothèse était la vraie, toutes les cellules de l'organisme deviendraient à la fois cancéreuses. En réalité une seule cellule échappe à l'influence modératrice de l'organisme; la cause n'en est donc pas dans l'organisme, mais dans la cellule elle-même ; son mode de vie a été faussé ; elle est devenue anarchique; elle s'insurge; elle échappe aux lois qui régissent toutes les autres cellules de l'organisme. Ces cellules insurgées peuvent naître dans chacun des tissus de l'organisme. Voilà pourquoi chaque tissu peut avoir son cancer.

Tel est l'état actuel de nos idées sur la pathogénie du cancer. Quant à l'étiologie, trois points me paraissent définitivement établis : l'influence des traumatismes, l'influence de l'inflammation et l'influence de l'hérédité. Cette dernière n'a pas besoin d'être expliquée. Les deux autres constituent par elles-mêmes des causes de prolifération cellulaire ; or, plus il y a de cellules qui prolifèrent, plus il y a de chances qu'une d'entre elles prolifère d'une façon anormale et donne naissance à une tumeur. Ainsi s'explique l'influence étiologique reconnue de l'inflammation et des traumatismes.

Nous avons donné longuement cette communication à cause de l'importance du sujet traité.

D'autres orateurs ont aussi pris la parole sur cette intéressante question. M. le professeur Le Dentu a donné ses idées sur les rapports de la *Leucoplasie et de l'épithélioma.* Il rapporte plusieurs faits de leucoplasie linguale récidivante sous forme d'épithélioma. Dans l'un, la récidive s'est faite en trois mois. D'autre part, M. Verneuil a rencontré une série de cas d'épithéliomas leucoplasiques de la langue et des lèvres relativement bénins. Il existe donc quelques unes de ces tumeurs qui sont des cas détestables, mais en général il faut les considérer comme relativement bénignes. L'important est de les opérer vite et radicalement dès que la fissure ou l ulcération se montre et de ne y toucher tant que la plaque leucoplasiques conserve ses caractères normaux.

M. Mayet (de Lyon) a pris aussi la parole pour confirmer les idées émises par M. Bard et M. Guelliot (de Reims) a exposé les résultats de ses recherches sur la contagion du cancer, les voici :

1° Les affections cancéreuses sont inégalement réparties dans des régions voisines et ni l'hérédité ni la consanguinité ne suffisent à expliquer ces taches cancéreuses ;

2° Il existe de véritables maisons à cancer dont les habitants, sans aucun lien de parenté, sont successivement ou simultanément atteints de tumeurs malignes ;

3° Les observations de cancer frappant deux conjoints ou deux personnes en conti-

nuelle cohabitation sont relativement fréquentes. Sur une centaine d'observations publiées ou inédites de ces cancers à deux, 85 fois il s'agit de cancers conjugaux ; 8 fois le cancer est apparu chez des médecins soignant spécialement des cancéreux.

Citons encore les communications de M. Fabre (de Lyon) sur la *mortalité du cancer à Lyon*. Cette terrible affection augmente dans cette ville comme dans certains centres anglais ou allemands : celle de M. Baucy (de Toulouse), qui ne croit pas à l'influence de *l'alimentation par le porc* sur la pathogénie du cancer et enfin les travaux de M Moty sur la pathogénie du sarcome. Ce médecin militaire a trouvé dix fois, dans le sang pris au doigt de l'annulaire gauche, un microcoque fort petit, tandis que les recherches qu'il faisait en même temps sur le sang des épithéliomateux restaient constamment sans résultats. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1894. — Présidence de M. Rochard

Rapport sur la sérumthérapie dans la diphtérie

M. Straus, au nom d'une commission composée de MM. Bergeron, Cadet de Gassicourt, Proust et Straus, lit un rapport en réponse à une demande d'avis adressée à l'Académie par M. le Ministre de l'intérieur.

Voici ce rapport :

La sérumthérapie, depuis les travaux initiateurs de Behring, n'a pas cessé d'occuper le premier rang dans les préoccupations des chercheurs. Dans l'ordre des faits expérimentaux, la méthode a largement fait ses preuves ; appliquée à l'homme, elle n'a pas toujours tenu ses promesses, pour le tétanos notamment, la pneumonie, la fièvre typhoïde. En ce qui concerne la diphtérie, le problème semble avoir fait un pas décisif, grâce surtout aux récentes recherches de M. Roux, communiquées au Congrès de Budapesth et qui ont eu tant de retentissement.

M. Roux et son collaborateur M. L. Martin emploient, comme source de sérum curateur, le cheval, de préférence au mouton, à la chèvre ou au chien. Le cheval est facile à immuniser contre la diphtérie et fournit une grande quantité de sérum. L'immunisation est obtenue par l'injection sous-cutanée, répétée à intervalles appropriés, de toxine diphtérique, mitigée d'abord par l'addition d'un antiseptique (iode), puis par l'injection de doses progressivement croissantes de toxine pure.

Le sang est retiré de la jugulaire, à l'aide d'un gros trocart, par le procédé indiqué par notre collègue M. Nocard, commodément et avec pureté ; il donne, en se coagulant, un sérum limpide. Le sérum ainsi obtenu possède toutes les propriétés signalées par M. Behring : il est antitoxique, immunisant et curateur. Mêlé, en proportions convenables, à de la toxine diphtérique, il rend celle-ci inoffensive ; on peut alors injecter impunément le mélange aux animaux. Injecté à dose suffisante à un animal, il le rendra réfractaire à l'inoculation ultérieure du poison ou du bacile diphtérique ; enfin, il peut guérir un animal rendu malade par l'inoculation de la toxine ou du bacille virulent.

Le traitement par le sérum antidiphtérique a été appliqué par M. Roux, avec le concours de MM. Martin et Chaillou, dans 300 cas de diphtérie, à l'hôpital des Enfants-Malades; de février à juillet 1894. Pendant les quatre années 1890-1893, 3,971 enfants étaient entrés au pavillon de la diphtérie ; ils ont fourni le chiffre lamentable de 2,029 décès, soit une mortalité de 51 p. 100.

Du 1er février au 24 juillet 1894, le traitement par le sérum a été appliqué.

148 enfants, il y a eu 109 décès, soit 24 p. 100. Toutes les conditions étant restées les mêmes, la différence entre 51 p. 100 et 24 p. 100 mesure le bénéfice procuré par le traitement.

Pendant les mêmes mois de la même année entraient à l'hôpital Trousseau 520 enfants qui n'avaient pas reçu de sérum ; il en est mort 316, soit une mortalité de 60 p. 100, ce qui prouve bien que l'épidémie à laquelle on avait affaire n'était pas une épidémie bénigne.

Mais il convient de distinguer entre les angines diphtériques et les croups trachéotomisés qui sont bien plus graves.

La mortalité moyenne des angines à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant la période de 1890 à 1893, a été de 34 p. 100.

Pendant les mois de traitement, de février à juillet 1894, la mortalité a été de 12 p. 100. Pendant le même temps, à l'hôpital Trousseau, elle a été, sans l'emploi du sérum, de 32 p. 100.

La mortalité moyenne des croups opérés à l'hôpital des Enfants-Malades, de 1890 à 1893, a été de 73 p. 100; pendant les mois de traitement par le sérum, elle est tombé à 49 p. 100 et, pendant le même temps, elle était à l'hôpital Trousseau, sans l'emploi du sérum, de 86 p. 100.

Les chiffres précédents ne tiennent pas compte du fait qu'au pavillon de la diphtérie entrent des enfants qui ne sont pas diphtériques, mais qui ont des angines à bactéries diverses, bien moins dangereuses que la diphtérie vraie ; il convient de déduire tous ces cas, qui mettraient au profit du sérum des succès qui ne lui sont pas dus. Cette déduction faite, la statistique de M. Roux est ramenée à 300 cas de diphtérie authentique, constatée par l'examen bactériologique. Ces 300 enfants, traités par le serum, ont donné 78 décès, soit une mortalité de 26 p. 100. Des recherches antérieures ont établi que, dans le même hôpital, la mortalité des enfants atteints de diphtérie, constatée par l'examen bactériologique, était de 50 p. 100.

Le sérum curateur est injecté sous la peau à la dose de 20 cc ; vingt-quatre heures après on pratique une nouvelle injection de la même dose qui est, en général, suffisante pour conduire à la guérison. L'injection n'est pas douloureuse ; en quelques instants le sérum est résorbé ; dans trois cas seulement il y a eu un abcès qui a guéri rapidement après incision.

Les effets du traitement se manifestent rapidement et d'une façon saisissante. Le facies cesse d'être pâle et plombé, l'appétit revient vite, l'état général s'améliore, les fausses membranes se détachent et cessent de se reproduire. La température s'abaisse promptement et la défervescence s'effectue ordinairement dès le lendemain de l'injection. L'albuminurie diminue et se dissipe. Dans les cas de diphtérie compliqués par l'association de streptocoques, l'amélioration est plus lente et la mortalité plus forte que dans les cas de diphtérie simple. Les croups non opérés guérissent facilement ; ceux qui ont été opérés donnent, malgré le traitement, une mortalité relativement forte, surtout s'il y a dans les fausses membranes association de streptocoques. Le traitement, du reste, a pour effet de restreindre singulièrement les indications de la trachéotomie.

En résumé, ce qu'il faut retenir de cet exposé, c'est que 300 enfants atteints de diphtérie certaine ont donné une mortalité de 26 p. 100, au lieu de 50 p. 100 qui est la mortalité ordinaire.

En Allemagne, des statistiques aussi favorables ont été publiées, où la mortalité se trouve abaissée à 28, à 26, à 23 p. 100.

Deux membres de votre commission, M. Bergeron, notre éminent secrétaire général,

et M. Cadet de Gassicourt, qui tous deux se sont spécialement occupés de pathologie infantile, ont suivi dans ces derniers temps le traitement séro-thérapique des enfants diphtériques, à Trousseau, dans le service de M. Moizard. Les effets obtenus leur ont paru tout à fait remarquables, notamment l'amélioration frappante de l'état général, la chute rapide de la fièvre à la suite de l'injection, l'absence de pâleur, de tristesse et d'abattement chez les petits malades.

Le sérum antitoxique exerce-t-il aussi chez l'homme, comme il le fait expérimentalement chez les animaux, une action immunisante, préservatrice ? Tout porte à le croire, et il ne peut y avoir qu'avantage à inoculer préventivement le sérum aux personnes bien portantes, surtout aux enfants qui vivent au contact d'un sujet atteint de diphtérie.

Tels sont, en ce qui concerne la diphtérie, les résultats remarquablement encourageants que donne la sérumthérapie. Il semble bien que nous soyons maintenant en possession, contre cette redoutable maladie, d'un traitement spécifique, aussi puissant qu'inoffensif. La sérumthérapie, si féconde en promesses, est une découverte qui appartient à M. Behring ; mais à la base de cette découverte il en est d'autres, fondamentales, qui émanent de Pasteur et de son école. L'immunisation artificielle, même contre les maladies sujettes à récidives, comme le charbon (comme aussi la diphtérie), telle est l'entreprise réalisée par Pasteur et qui domine toute notre prophylaxie et notre thérapeutique. Nous savons aujourd'hui que les microbes agissent surtout par les produits solubles qu'ils élaborent, par les toxines, et que l'infection, à tout prendre, n'est qu'une intoxication. Ici encore ce fut Pasteur qui ouvrit la voie en montrant qu'une culture de choléra des poules, débarrassée par la filtration de tout élément morphologique, est encore susceptible de déterminer les principaux symptômes, entre autres la somnolence caractéristique de la maladie.

Plus tard, précisément dans les cultures du bacille de la diphtérie, MM. Roux et Yersin, utilisant le filtre imaginé par Chamberland, mirent en évidence l'existence d'un poison entièrement différent des ptomaïnes ou des alcaloïdes toxiques jusqu'alors exclusivement connus, poison extrêmement actif, fragile, se rapprochant des diastases ou des venins et dont l'inoculation aux animaux détermine les mêmes effets, locaux et généraux, que celle du bacille vivant. La découverte du poison diphtérique fut un véritable trait de lumière : les poisons tétanique, cholérique, pneumonique, typhique furent retirés des cultures et déterminés par la même méthode. Ne semble t-il pas juste que l'étude et le perfectionnement des sérums antitoxiques et de leurs effet tutélaires soient poursuivis dans ce même laboratoire où, sous l'impulsion de Pasteur, après la bactériologie elle-même, la toxicologie bactérienne a pris naissance ?

Votre commission vous propose donc d'émettre un avis favorable sur l'emploi du sérum antidiphtérique et de formuler, en outre, le vœu que l'Institut Pasteur soit mis en mesure de faire face aux demandes de sérum qui pourront lui être faites soit par les médecins, soit par les pouvoirs publics. (*Applaudissements.*)

(A l'unanimité des voix, et sans discussion, ces deux conclusions du rapport sont adoptées par l'Académie.)

M. Le Rey de Méricourt lit un rapport sur un travail de M. le Dr Villette, médecin de marine attaché à la résidence générale de Tananarive, intitulée : *Contribution à l'étude des fièvres du plateau central de Madagascar.*

L'auteur constate que les différentes formes de fièvre palustre sont assez fréquentes sur le plateau central. Toutefois les accès pernicieux et la forme bilieuse hématurique sont rares. La mortalité est peu élevée. Les fièvres seraient dues aux marécages et aux

rizières qui occupent une partie du plateau ; une culture mieux entendue pourrait les faire disparaître.

M. Le Roy de Méricourt qui a séjourné à Madagascar en 1890 et 1892, n'est pas complètement de l'avis de l'auteur. La côte est des plus insalubres ; mais le plateau central est plus sain, ainsi que l'a montré M. Grandidier. Les fièvres observées à Tananarive et aux environs sont des fièvres importées. Les malades ont été contaminés pendant le trajet de la côte à la capitale : Ce trajet dure de 12 à 15 jours. C'est à peu près la durée de l'incubation de la fièvre palustre ; et les parties voisines de la côte, jusqu'à une quinzaine de lieues environ, sont si insalubres que peu d'Européens peuvent échapper à la malaria.

M. Laveran a constaté dans le sang des individus atteints de fièvre de Madagascar les mêmes parasites que ceux qui caractérisent les fièvres d'Algérie. Il n'y a donc pas de fièvre spéciale à Madagascar.

Comme M. le Roy de Méricourt, il pense que c'est en traversant les zones dangereuses qu'on contracte la fièvre qui éclate une fois qu'on est arrivé dans un pays sain. Il ne peut donc pas conclure que la fièvre, telle qu'on l'observe par exemple, dans les plateaux de l'Algérie, est spéciale à ses plateaux. Elle provient de la côte.

Quant à l'incubation de la fièvre, elle est variable. Lorsqu'on inocule le paludisme, l'accès se montre, en général, au bout de dix jours. Chez les individus qui ont contracté le germe de la fièvre en traversant les régions dangereuses, l'incubation est très variable.

M. Ricard lit une très intéressante *observation d'abcès de foie survenue dans la convalescence d'un anthrax de la face.* On a trouvé dans le pus de l'abcès le staphylocoque doré.

M. Raet présente un travail sur les avantages des injections de permanganate de potasse à 1 gr. 5000 dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Candidature :

M. le docteur Richelot se présente dans la section de médecine opératoire.

COURRIER

Le conseil municipal et le traitement antidiphtérique. — A la dernière séance du Conseil municipal, MM. Arsène Lopin et Lucipia ont proposé d'affecter une somme de 50,000 francs au développement du traitement antidiphtérique du docteur Roux. Cette proposition a été renvoyée à la cinquième commission. Son président, M. Strauss, déclare que la commission se concertera avec les éminents médecins de l'Institut Pasteur pour rendre le concours de la ville de Paris le plus efficace possible, M. Falliet a demandé la création d'un hôpital de diphtériques. La cinquième commission nous apportera bientôt des projets de résolution.

Le Conseil a de plus décidé de donner le nom de *Villemin* à l'une des rues de la Capitale.

Mesure de salubrité dans les manufactures en France. — Le décret du 10 mars 1854, rendu après avis conforme du comité consultatif d'hygiène de France, vient de rendre applicables, dans les établissements industriels, les mesures auxquelles désormais les patrons devront se conformer en ce qui concerne l'aération ou la ventilation, l'éclairage, les eaux potables, l'évacuation des poussières et vapeurs, les fosses d'aisances.

Les médecins des stations thermales des Pyrénées viennent de fonder un syndicat destiné à prendre en main les intérêts scientifiques ainsi que les intérêts régionaux et locaux des villes d'eaux pyrénéennes.

Le professeur Garrigou a été nommé président de cette association. Ont été élus : vice-présidents, les Drs Auphan, d'Ax, et Pedebidou, de Cauterets ; secrétaire général, le Dr Ferras, de Luchon ; secrétaire, le Dr Racine, de Luchon ; trésorier, le Dr Gaudy, de Bagnères-de-Bigorre ; archiviste, le Dr Dejeanne, de Bagnères-de-Bigorre.

Enfin, l'association a voté la création d'un bulletin médical des stations pyrénéennes, dont la direction a été confiée au professeur Garrigou, avec un Comité de rédaction qui comprendra un médecin de chacuue des stations adhérant au syndicat.

BANQUET DES ANCIENS INTERNES DE LYON. — Plus de deux cents internes des hôpitaux de Lyon se trouvaient réunis dans les salons de Monnier, pour le banquet annuel de l'association.

La réunion n'avait jamais été plus nombreuse, rarement elle avait été plus cordiale et plus animée.

— La ville de Briez vient de former un comité pour élever un monument au docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, né à Briez en 1804 et mort le 24 juillet dernier.

— M. le docteur Rigubert, médecin de 1re classe de la marine en retraite, médecin sanitaire à bord du *Natal*, a reçu la médaille d'honneur des épidémies (bronze), pour son dévouement lors de l'apparition de cas de choléra à bord de ce paquebot.

LE SERVICE DE SANTÉ DANS LES MANŒUVRES DE FORTERESSE. — Dans les manœuvres de forteresse qui ont lieu auprès du fort Vaujours, le service de santé comprend pour le corps d'attaque une ambulance divisionnaire (fourgon du service de santé). Une tente Tortoise, quatre brancards et le matériel technique sont affectés à chaque division d'infanterie. Des médecins et des infirmiers sont attachés à ces formations sanitaires qui possèdent tout ce qu'il faut pour parer à tous les accidents même les plus graves. Deux hôpitaux d'évacuation sont installés l'un à Thorigny, sur la ligne de l'Est, l'autre, sur la ligne de Soissons, à Mitry.

Les voitures d'ambulances des corps de troupes, chaque matin recueillent dans les cantonnements les malades et les éclopés qui sont dirigés, ceux de la cinquième division sur Mitry, ceux de la sixième sur Thorigny.

Les malades destinés à être hospitalisés sont dirigés par l'hôpital d'évacuation sur l'hôpital Saint-Martin. Une voiture des ambulances de la place de Paris va tous les jours à 3 h. 30 à la gare du Nord et à 4 h. 45 à la gare de l'Est prendre les évacués.

Le dépôt de Meaux, où une direction du service de santé des étapes fonctionne, reçoit les éclopés.

Pour le corps de la défense il a été installé à Livry un poste de secours permanent relié par un relai de voitures aux abris de pansements établis dans les différents secteurs ; un hôpital d'évacuation établi à Sevran reçoit les malades à l'hospitaliser et les dirige par la ligne du Nord sur l'hôpital Saint-Martin.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. E. Rochard : La Société de chirurgie. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Feuilleton. — IV. Courrier.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Mercredi dernier, la Société de chirurgie avait repris son animation accoutumée. On était revenu du Congrès de Lyon, et même plusieurs chirurgiens de province ou de l'étranger venus à Paris assistaient à la séance, entre autres M. Demons (de Bordeaux), dont nous allons exposer l'intéressante communication; mais auparavant il faut mentionner les quelques paroles prononcées par M. Championnière, le président, sur la mort de M. Désormeaux, décédé il y a quelques jours et membre de la savante compagnie.

C'est sur la *cure radicale du cancer du côlon* que le professeur de clinique chirurgicale de Bordeaux a pris la parole. C'est une intervention nouvelle, mais qui doit être tentée à cause de l'âge peu avancé de certains sujets, de la localisation de l'affection et par conséquent de la possibilité d'une extirpation totale. Tout cela forme, comme dit M. Demons, « un faisceau solide de conditions favorables »; mais, pour réussir, il faut d'abord s'adresser à un sujet non cachectique et reconnaître le néoplasme ainsi que sa limitation. Là est le premier écueil, car le diagnostic n'est pas toujours facile ; les symptômes sont quelquefois tardifs, souvent n'apparaissent même que lorsque l'état est grave en se manifestant par les signes d'une occlusion intestinale. Il faut donc ne pas hésiter à se fonder sur des présomptions et pratiquer la laparotomie exploratrice ; ce que l'orateur a fait plusieurs fois sans le moindre dommage.

La tumeur reconnue, M. Demons rejette l'anus contre nature, à cause des multiples raisons invoquées partout et préfère la *colectomie* à la *colostomie*. L'extirpation garde, en effet, tout le prestige que porte avec elle toute opération radicale.

FEUILLETON

Gaîtés de la science !!

C'est la première des professions et le dernier des métiers, disons-nous volontiers, en manière de boutade, quand nous causons médecine entre nous. Et cela est parfaitement vrai. Guérir, soulager, consoler, se dévouer, s'interposer chaque jour, à toute heure, entre la souffrance et l'humanité ; être attendu, désiré comme l'espérance, invoqué comme le salut, béni comme le bienfait et mériter de l'être ; c'est, évidemment, la plus belle et la plus grande des missions, la plus noble des fonctions sociales. Mais, sacrifier à cette tâche tout ce qui fait la vie douce et gaie ; renoncer à toute paix et à tout loisir ; n'avoir ni trêve ni relâche, ni heures pour le repas, ni heures pour le sommeil ; être, au premier appel, partout où une douleur nous réclame, où une angoisse nous demande ; ne voir que des tristesses et des larmes, n'entendre que des plaintes et

Faut-il maintenant, le néoplasme excisé, pratiquer l'entérorraphie circulaire? Cette opération peut réussir et cette année même a apporté un succès à M. Demons. Il s'agissait d'un malade dont les accidents simulaient un rein mobile. Au cours de la néphropexie, on reconnut l'erreur, on prolongea l'incision en bas et, par cette ouverture postéro-latérale, on put facilement enlever le cœcum et l'appendice et suturer le colon à l'iléon sectionné obliquement. Les suites furent excellentes, il n'y a pas trace de récidive ; seule une fistulette stercorale persiste ; mais elle gêne à peine le malade.

L'orateur donne ensuite son opinion sur les boutons de Murphy ; il aurait pu s'en servir chez son dernier opéré, mais deux cas dans lesquels il les a employés a jeté du doute dans son esprit. Il s'agissait de deux gastro-entérostomies dans lesquelles, au bout de 8 jours, des accidents graves se montrèrent et les malades succombèrent. La paroi stomacale s'était gangrenée et la cavité stomacale était largement en communication avec le grand lac péritonéal.

Revenant à la colectomie, M. Demons cite l'observation d'un autre malade chez lequel il réséqua l'intestin et fixa les deux bouts suturés en partie à la paroi abdominale laissée ouverte sur un point, créant ainsi une sorte de soupape. Deux mois plus tard il ferma cet anus artificiel en sectionnant l'éperon avec un instrument tranchant. Aujourd'hui l'opéré est en parfait état.

Cette méthode en deux temps est, pour M. Demons, supérieure à la colectomie idéale ; elle est plus rapide, cause moins de shock et permet de surveiller la récidive ; mais elle a contre elle l'inconvénient de créer un anus chirurgical temporaire et de nécessiter deux opérations.

Exposons maintenant un rapport de M. Tuffier, sur trois observations de *cystostomie sus-pubienne*, chez des prostatiques faisant l'objet d'un travail de M. Lejars. Bien qu'ancienne, cette opération est connue aujourd'hui sous le nom d'opération de Poncet, et M. Tuffier, se basant sur 59 cas qu'il a pu réunir, a surtout en vue ce qui a trait aux indications opératoires.

Après avoir analysé les observations de M. Lejars, qui ne perdit qu'un de ses malades très gravement atteint, l'orateur passe à l'étude générale

---

des cris ; et, pour ne voir et pour n'entendre que cela, faire violence à ses muscles et surmener son corps, faire violence à son cœur et cuirasser son âme ; oui, à coup sûr, c'est la plus pénible, c'est la plus triste des existences.

Elle a pourtant quelque chose encore de plus dur et de plus navrant que tout : c'est la désolation de la science elle-même ou, si vous le préférez, la désolation de la prescience.

Autour de cet être qui souffre et qui lutte contre le mal, d'autres êtres, souvent chéris, luttent aussi et, pour les aider, ils ont imploré notre secours. Nous accourons et notre seule vue a déjà calmé les alarmes. Un rayon d'espoir a lui ; des pleurs se sont séchés ; des sourires ont brillé. C'est une halte, pour tous, dans la voie douloureuse — pour tous, mais non pour nous. — Nous savons que ce mal est inexorable, que sa marche est fatale ; que les jours, que les heures sont comptées, que tout est inutile ; seuls nou n'espérons rien ; seuls nous savons que la catastrophe est là, prochaine, inévitable et que rien ne conjurera ; seuls nous n'avons pas l'illusion qui berce et endort, ne fût-ce qu'un

de la question et commence par distinguer trois classes de prostatiques : les prostatiques avec rétention aiguë complète ou incomplète ; les prostatiques infectés et les prostatiques calculeux.

Pour les premiers, le cathétérisme suffit ; on doit pouvoir arriver à sonder le malade et, pour sa part, M. Tuffier n'a jamais été obligé de recourir à d'autres moyens Dans le cas où on a affaire à une fausse route, on peut tenter le cathétérisme avec prudence ; mais il ne faut pas trop insister, et alors on peut recourir à une ponction sus-pubienne faite avec un instrument bien aseptique ; car si la vessie est infectée la simple ponction peut déterminer un abcès de la cavité de Retzius.

Quand les prostatiques sont infectés et que le cathétérisme échoue, M. Tuffier conseille de pratiquer de suite la cystostomie sus-pubienne et il cite à l'appui deux observations ; mais c'est toujours à la cystostomie temporaire qu'il faut recourir, cystostomie qui sera d'autant plus précoce que l'infection sera plus grande, car il faut arriver avant les accidents graves de la pyélonéphrite.

Il existe encore une autre indication de la cystostomie, c'est la douleur qui disparaît après cette intervention. Quand il existe un calcul, cette opération est d'autant plus commandée que la pierre aura pu produire des accidents septiques.

Enfin, ce qu'il y a de particulièrement heureux à la suite de cette intervention chez les prostatiques, c'est l'atrophie de la prostate vérifiée dans nombre de cas.

Il faut donc conclure, d'après M. Tuffier, que la cystostomie sus-pubienne constitue un véritable progrès dans la thérapeutique des prostatiques ; mais que son champ est restreint à des cas d'urgence et qu'elle doit toujours être temporaire. Même dans les cas chroniques, c'est l'*anus contre nature des urinaires,* et le but du chirurgien doit être le rétablissement du cours normal des urines et la fermeture de la fistule.

La cystostomie ne doit rester permanente que dans les cas d'une augmentation de volume de la prostate. On est alors en face d'un néoplasme.

---

instant. De cette maison, où l'espérance est entrée avec nous, où elle est restée après nous, nous n'emportons que la tristesse du deuil certain, l'amertume du malheur assuré. C'est notre lot de chaque jour cette compassion anticipée, poignante, qui met une sourdine à toutes nos joies...

Celui qui souffre est un ami ; c'est plus encore, c'est un de ceux-là auxquels on tient par les liens les plus étroits, par toutes les fibres de sa chair et pour lesquels on subirait mille tortures, si mille morts subies pouvaient leur épargner une douleur. Oh ! la situation n'est pas désespérée ; elle n'a rien de grave peut-être ; c'est une affection fort bénigne et personne ne se tourmente ni ne s'inquiète — personne, excepté nous. — Nous savons, en effet, tous les incidents possibles, les complications prévues, les dangers surgissant à l'improviste. Nous les craignons tous, nous les attendons anxieusement, nous tremblons à leur pensée, nous vivons dans la terreur de les voir éclater tout a coup. Ce supplice est notre privilège.

Est-ce assez ? Non. Il y a pis encore.

— Signalons encore deux lectures, l'une faite par le docteur Dennetières (d'Orchies), sur un cas *de résection intra-cranienne du trijumeau* derrière le ganglion de Gasser ; l'autre, due à M. Mignon, sur un *abcès otitique du cerveau* guéri par la trépanation. Ces deux travaux feront ultérieurement l'objet d'un rapport.

Eugène Rochard.

CONGRÈS FRANCAIS DE CHIRURGIE

—

Huitième session tenue à Lyon du 9 au 13 octobre 1894 (1)

CHIRURGIE DU RACHIS

Cette question si intéressante et encore dans l'enfance a fait l'objet d'un travail très complet et très documenté de M. Kirmisson qui, sans parti pris, ne se basant que sur des faits, a mis la question au point. Nous allons reproduire la substance de ce rapport qui, pour être clair, devait examiner successivement toutes les affections chirurgicales qui peuvent atteindre le rachis.

Traumatismes de la moelle et de la colonne vertébrale

Si on consulte le travail de M. Chipault, nous voyons, nous dit M. Kirmisson, que les faits réunis par lui ne sont guère encourageants : M. Montprofit (d'Angers) intervient pour une fracture dorso-lombaire neuf mois après l'accident ; le résultat a été tout à fait négatif. Même résultat dans les faits de MM. Korteweg et Tilanus. M. Roux (de Lausanne), dans un cas de fracture dorso lombaire, n'a obtenu qu'une amélioration passagère et le malade est mort ultérieurement. Un opéré de M. Th. Anger, atteint de fracture du corps de la première lombaire, a succombé à la pyélo-néphrite un mois après l'opération. M. Chipault, chez un blessé atteint de fracture de la première lombaire, a pratiqué trente-six-jours après le traumatisme, la résection de cinq arcs vertébraux sans aucun profit Aussi l'auteur arrive à cette conclusion défavorable : « une douzaine de guérisons, le double d'améliorations sur plus de 150 cas, et, sur les 110 cas restants, plus de 80 morts constatés au courant de la publication des faits ».

(1) Voir *Union médicale* du 18 octobre 1894.

Les cas postérieurs au travail de M. Chipault ne sont guère plus encourageants. Le Dr Newton rapporte l'observation d'un homme atteint de fracture de la deuxième vertèbre lombaire, chez lequel il a pratiqué l'excision des lames des deux premières lombaires, sans trouver trace de compression médullaire ; il n'y eut aucune amélioration ; le malade succomba au bout de cinq jours. Dans le cas de Riggs, on est intervenu huit semaines après l'accident ; on a pratiqué l'ablation des lames de la deuxième lombaire. La moelle fut trouvée complètement désorganisée et le malade succomba quinze heures après l'opération. Dans le fait de Pyle, on enleva les lames de la douzième dorsale, de la première et de la deuxième vertèbres lombaires ; les douleurs furent supprimées ; mais il n'y eut aucune amélioration dans la paralysie sensitive et motrice. Sur quatre interventions de Wyeth, il en est trois qui sont demeurées sans résultat ; le quatrième malade, seul, a guéri.

Sur sept observations de Thorburn, trois fois, il n'y avait pas de compression médullaire ; dans deux, la compression existait, mais elle n'avait pas été supprimée par l'opération, et eût-elle été supprimée qu'on n'aurait sans doute pas obtenu de résultat, vu l'existence des lésions médullaires. Dans deux cas, la dissection n'a pas permis de préciser les lésions.

Dans les fractures des corps vertébraux, l'intervention doit être frappée de stérilité. Le plus souvent, en effet, les accidents sont dus à un broiement de la moelle ; la compression osseuse est beaucoup plus rare. D'ailleurs cette compression est le plus souvent produite par les corps vertébraux. En enlevant les lames, on laisse persister l'arête osseuse saillante dans le canal rachidien. Urban et Chipault ont conseillé de s'attaquer aux corps vertébraux eux-mêmes; mais c'est là une opération pleine de difficultés de dangers et si la fracture siège au-dessous de la première lombaire, comme tous les nerfs périphériques, ceux de la queue de cheval sont susceptibles de régénération ; il y a donc lieu de supprimer l'agent de compression. Dans deux cas de Jones et de Southam, on a obtenu la guérison.

A quelle époque doit être pratiquée l'intervention ? Thorburn fixe six semaines, mais il est impossible de poser à cet égard des conclusions formelles.

Pour les fractures compliquées de plaies, et les fractures par armes à feu, aucun doute ; il faut intervenir pour régulariser le foyer traumatique, supprimer les esquilles, enlever les fragments osseux qui pressent sur la moelle. L'intervention s'impose avec

---

Et je me disais : il ne nous suffit donc pas de connaître tout le mal présent et de vivre avec la préoccupation constante de la douleur et de la mort ; il nous faut en outre avoir le sombre avenir et prévoir les catastrophes qui guettent les *générations des générations.*

Ce n'est point d'hier que les conséquences fatales des antécédents héréditaires ont frappé les observateurs ; mais jamais autant qu'aujourd'hui le problème n'avait été discuté, jamais on n'avait creusé, fouillé le sujet comme on l'a fait dans ces dernières années, et jamais on n'avait sondé l'abîme d'épouvante qui s'ouvrait au fond. Peu de lectures sont aussi impressionnantes à cette égard que celle des deux séries d'articles publiés par le Dr Crocq de (Bruxelles), sous ces titres : *La folie diathésique* et *La transformation héréditaire des maladies diathésiques.* Ils sont d'autant plus saisissants qu'on n'y trouve ni théories, ni rhétorique, ni discussion ; rien que des faits accumulés, des monceaux d'observation servant de preuves irréfutables à de courtes affirmations. C'est brutal et c'est terrible ; c'est le pandémonium de l'horreur et de la déchéance ; Ah !

plus d'urgence, s'il existe une émorrhagie abondante et M. Kirmisson cite un cas dans lequel on intervint ; on trouva un fragment osseux détaché entre la douzième dorsale et la première lombaire, et une extravasation de sang dans le canal rachidien, avec trace d'une contusion de la moelle. La douleur disparut immédiatement ; la sensibilité revint graduellement et d'une manière complète, les mouvements commencèrent à reparaître sept jours après l'opération. Il y eu rétablissement des fonctions de la vessie et du rectum.

Dans les fractures des arcs vertébraux avec compression, l'intervention s'impose encore ; elle est facile et donne d'excellents résultats.

Nous étendons les indications de l'intervention aux luxations du rachis lorsque les tentatives de réductions sont demeurées sans résultat. Dans la luxation, en effet, le glissement des surfaces articulaires se fait d'une manière plus lente, le traumatisme est moins brusque que dans les fractures et la moelle subit une attrition aussi considérable.

Mal de Pott

En ce qui concerne le mal vertébral de Pott, il y a deux catégories de faits à examiner : ceux dans lesquels on est intervenu contre l'affection osseuse elle-même et ceux où l'on s'adresse à la paraplégie.

Pour les premiers, M. Kirmisson rejette l'intervention dans l'immense majorité des cas. Les interventions sanglantes sont loin d'être sans gravité. Trop souvent, elles restent incomplètes et laissent après elles des trajets fistuleux qui conduisent à la septicémie.

Le malade d'Israël (de Berlin) est mort trente-sept jours après l'opération de pleurésie purulente consécutive à l'ouverture accidentelle de la plèvre. Dans le cas de Frænkel, il se produisit une hémorrhagie veineuse tellement abondante qu'on dut suspendre l'opération. Sur dix opérations de M. Delorme, une seule s'est terminée par la guérison complète ; cinq malades sont morts ; les cinq autres ont conservé une fistule. Dans une observation de M. Tutfier, le malade conserva une fistule ; M. Roux (de Lausanne) s'adressant à des cas de mal de Pott cervical, n'a pas été plus heureux ; dans le second, le malade succomba après trois mois et demi.

C'est seulement dans les lésions tuberculeuses de la partie postérieure du rachis que

---

c'est une rude maîtresse que la science, elle impose à ceux qui la servent de dures besognes, et les vérités dont elle accorde successivement la découverte manquent parfois de gaîté.

La médecine n'a pas, il faut le reconnaître, le monopole de l'épouvantement et toutes les branches de nos connaissances apportent leur pierre au redoutable édifice. Les démographes nous démontrent que, dans moins de trois cents ans, l'accroissement progressif de la population du globe aura porté l'humanité au chiffre le plus élevé qui soit compatible avec les ressources alimentaires du globe terrestre. A partir de ce moment, on n'aura de ressources contre la famine qu'en des guerres effroyables, en des exterminations de parti pris. Les laboratoires de bactériologie n'auront plus pour rôle de trouver des vaccins et de fabriquer des antitoxines, mais d'inventer des microbes et d'exalter les virulences. On fera des souscriptions publiques pour permettre de cultiver en grand les virus les plus destructeurs. Alors sonnera l'heure (un peu tardive) du triomphe pour la tuberculine d'outre-Rhin.

l'intervention sanglante nous paraît justifiée, ou bien encore, dans les cas de mal de vertébral antérieur, quand les injections iodoformées ont échoué.

Lorsqu'existe une paraplégie, le danger est si menaçant qu'on conçoit qu'on songe à l'écarter, même au prix d'une grave intervention. Un certain nombre de résultats heureux ont été obtenus au nombre desquels il faut citer les faits bien connus de Mac Ewen. M. Ménard (de Berck) en a fait connaître un ; il a pu, en pratiquant la laminectomie, ouvrir un abcès qui comprimait la moelle et guérir la paraplégie, M. Wyeth a guéri une paraplégie en enlevant une petite masse caséeuse qui comprimait la partie latérale droite et postérieure de la moelle. La guérison persistait depuis quatre ans et quatre mois au moment où l'observation était publiée. Mais, à côté de ces faits heureux, que de désastres ! M. Roux (de Lausanne) voit l'aggravation des troubles moteurs. Dans deux observations de M. Chipault, dans une de M. Gross (de Nancy) et une de M. Jalaguier, les malades, après avoir présenté une amélioration passagère, sont tôt ou tard atteints de récidive.

La cause la plus fréquente, a-t-on dit, c'est la pachyméningite caséuse. C'est à elle qu'il faut s'adresser. Dernièrement encore M. Ménard (de Berck) raisonnait ainsi et son procédé opératoire lui permettait d'atteindre les corps vertébraux et de guérir une paraplégie ; mais il convient d'attendre la suite de cette intéressante observation. Déjà d'ailleurs on a joint à la laminectomie l'évidement des corps vertébraux. Déjà nous avons le fait malheureux d'Israël ; M. Roux (de Lausanne), dans deux cas, n'a obtenu qu'une seule amélioration. Mort aussi le malade de M. Picqué, opéré par cette méthode ; sur quatre cas, M. Zavaleta a compté trois morts et une guérison. M. Delorme a vu son malade succomber au bout de cinq mois, après une amélioration passagère.

Ainsi donc, les résultats sont peu satisfaisants. Aussi M. Chipault conclut-il : « Ces interventions, même le plus largement faites, ont été loin de donner ce qu'on avait espéré, et il semble que définitivement on doive les restreindre à quelques variétés anatomo-pathologiques spéciales et rares : paraplégie par abcès froid, paraplégie par compression médullaire fongueuse directe, paraplégie par périméningite devenue scléreuse et définitive ». Mais comment faire le diagnostic entre un abcès froid profond, une pachyméningite caséeuse, ou bien l'existence de tissus scléreux comprimant le cordon médullaire ?

Thorburn se montre tout aussi réservé. Cherchant à préciser les indications de l'in-

---

Les géologues nous prouvent, clair comme le jour, que l'usure du globe peut se mesurer. Les vapeurs qui, s'élevant de la surface immense des Océans, se condensent en pluies, en neige, en glaces sur les plaines et sur les montagnes, pour retourner ensuite aux gouffres insondables des mers, entraînent avec elle les particules dissoutes ou arrachées de la masse solide du continent. On sait calculer le volume des roches ainsi désagrégées, et de combien s'abaisse, par siècle, par année, par jour, le relief des terres au dessus du niveau implacable des mers. On peut prédire à quelle date notre pauvre planète ne sera qu'une immense nappe liquide d'où n'émergeront plus que les extrêmes crêtes arides et désolées des grandes chaînes de montagnes.

Les astronomes prévoient deux solutions également joyeuses : le broiement ou l'embrasement par la rencontre et le choc d'une de ces comètes, monstrueux projectiles de l'immensité ; ou la congélation lente, l'ensevelissement sous la glace, en face du soleil éteint.

Les chimistes, les micrographes nous montrent partout l'empoisonnement et l'infec-

tervention, il les tire : 1° d'une aggravation rapide des symptômes, en dépit du traitement; 2° de la présence de symptômes qui menacent directement l'existence, tels que les troubles respiratoires.

Thorburn est intervenu cinq fois contre la paraplégie du mal de Pott. Deux de ses malades sont morts ; dans un cas, il a eu une amélioration temporaire ; dans une autre, aucune amélioration ; une seule fois il a obtenu une guérison complète.

Tumeurs du rachis

Il semble tout d'abord qu'aucune intervention ne soit mieux justifiée En effet, c'est le propre des tumeurs de ne jamais rétrocéder spontanément. Si donc nous sommes certains, de par les commémoratifs et par l'épreuve du traitement, que la syphilis n'est pas en cause, nous pouvons songer à l'intervention. Mais, ici encore, nous trouvons bien des limites à l'action chirurgicale. Tout d'abord, en ce qui concerne les tumeurs malignes des vertèbres elles-mêmes, les résultats sont tellement déplorables qu'il vaut mieux renoncer à les enlever. Si, dans les tumeurs bénignes du canal vertébral, comme les kystes hydatiques et les lipomes, on peut espérer des succès, d'autre part, dans beaucoup de tumeurs malignes diffuses des méninges, on n'a pu pratiquer qu'une extirpation incomplète. Au beau succès de Horsley et Gowers, on peut opposer le cas de Llyod et Deaver, où il n'existait pas de tumeur et où la paralysie était due à un vieux foyer hémorrhagique dans l'épaisseur de la moelle. Déjà M. Chipault, sur dix-neuf interventions contre des tumeurs du rachis et des méninges, comptait dix morts opératoires et une mort après récidive. Les faits ultérieurs ne sont guère plus encourageants.

Dans un cas de MM. Ransom et Thompson on a pratiqué l'ablation d'un sarcome extra-dure-mérien. Ce malade succombait le troisième jour. Dans le fait de MM. Turney et Clutton, il s'agissait d'une myxome infiltré dans l'arachnoïde ; huit jours après le malade succombait à la septicémie. L'opéré de MM. Ferrier et Watson Cheyne était atteint d'un fibro-myxome de l'arachnoïde (région dorsale) ; il succomba quarante-huit heures après l'extirpation. Le cas rapporté par MM. Saenger et Krause s'est également terminé par la mort.

Spina bifida

Aujourd'hui, pour M. Kirmisson, l'excision constitue la méthode de choix dans la cure du spina-bifiba. C'est à elle que donnent la préférence Muscatello et M. Mayo-Robson. Sur treize cas d'Hildebrand, traités par l'excision, il y avait dix méningocèles

---

tion sous toutes les formes. L'air, l'eau, les aliments à quelque règne qu'ils soient empruntés, rien n'est innocent. La mort et la destruction ont des agents dans tout. La terreur qu'ils ont inspirée a été telle qu'il a paru nécessaire de réagir contre elle et d'affirmer au monde effrayé qu'on ne courait qu'un danger très relatif en dégustant un verre d'eau de Vichy, en respirant sans tampons d'ouate dans les narines, sans cigarette de camphre à la bouche, en mangeant un beefsteack pourvu qu'il fût frais et bien cuit. On s'est un peu rassuré de ce côté.

D'autre part, les cataclysmes annoncés paraissent encore assez éloignés pour ne nous causer qu'un trouble supportable. C'est pourquoi, dans l'amas des prophéties ténébreuses, c'est nous encore, nous médecins, qui détenons, à mon sens, le *record* de l'effroi, car nos menaces sont prochaines et aucune autre ne les dépasse en fantastique horreur.

Que dites-vous de ce monde finissant dans la folie et le cancer? Car, on ne saurait le nier, c'est là l'aboutissant de toutes les infirmités, de toutes les tares, de tous les vices héréditaires. Des prédispositions à telle ou telle maladie paternelle, apportées en nais-

et trois myélocystocèles ; trois malades sont morts de l'opération et dix sont sortis guéris, dont l'un n'a pas tardé à succomber. Huit opérés sont vivants et bien portants, dont deux étaient atteints de myélocystocèle. Dans le troisième cas de myélocystocèle, l'enfant vivait encore trois mois après l'opération, mais avec une récidive et une hydrocéphalie volumineuse ; il est probable qu'il n'a pas tardé à succomber.

Les enfants atteints de spina-bifida présentent un certain nombre de circonstances qui les rendent peu viables. Il en est qui sont frêles, débiles et affectés d'autres vices de conformation qui déterminent la mort, même après l'excision la mieux réussie. D'autres fois, la mort tient aux progrès de la paraplégie, ou bien encore au développement de l'hydrocéphalie concomitante. Beaucoup de malades ont succombé ultérieurement aux progrès de l'hydrocéphalie. De ce nombre sont les opérés de MM. Terrier, Berger, Picqué et tant d'autres. Un enfant opéré par M. Kirmisson est mort ultérieurement d'hydrocéphalie. Si donc nous pouvons intervenir dans les cas de méningocèle, si l'intervention s'impose dans tous les faits où la poche menace de se rompre, il vaut mieux s'abstenir quand l'enfant est trop débile, lorsqu'il existe une paraplégie complète ou que déjà l'on constate un commencement d'hydrocéphalie.

En résumé, loin de se présenter à nous comme une méthode générale dont toutes les applications sont parfaitement déterminées, la chirurgie rachidienne semble, à l'heure actuelle, n'être dans bien des cas qu'une chirurgie d'exception, et même, disons le mot, de hasard. Son histoire est encore pleine d'inconnu.

M. CHIPAULT (de Paris), qui s'est beaucoup occupé de cette question, a pris la parole pour venir apporter de nouveaux faits et a suivi l'ordre adopté par M. Kirmisson.

Dans les traumatismes, il considère comme seuls opérables les traumatismes bas et récents de la moelle et les traumatismes radiculaires, rares aux régions cervico dorsales du rachis, de règle à la région de la queue de cheval. La première observation a trait à un jeune garçon atteint d'un traumatisme de la onzième dorsal. Après résection de trois arcs, il enleva une esquille en demi-anneau, comprenant la moitié gauche de la onzième vertèbre dorsale, et qui, refoulée en arrière, accrochait et comprimait, avec la précision d'une expérience physiologique, la moitié gauche de la moelle. Aujourd'hui, ce malade est parfaitement guéri. Il est meunier, porte des sacs de farines de 100 à 200 kilos, et la souplesse de sa région dorso-lombaire est parfaite.

Le second malade avait, depuis un ans, une luxation en avant et à droite de la qua-

---

sant et qu'on peut rendre vaines par une hygiène spéciale, qu'on peut éteindre graduellement par le choix des unions? des tempéraments, des constitutions dont les fâcheux effets s'atténuent, se neutralisent par d'heureux croisements? Il n'y a plus rien de vrai en cela. Ce serait un trop beau rêve d'y croire encore et nous en voilà loin. Des diathèses? que béni serait le jour qui les ferait revivre pour notre consolation et notre espoir! Non, il n'y a plus qu'une chose, il n'y a plus que la DIATHÈSE, Protée hideux qui se transforme de cent manières, mais ne lâche plus ses victimes ni leur descendance.

Vous caressez le désir d'avoir pour bru cette belle fille bien plantée, forte et gracieuse à la fois, saine et fraîche, que ses hanches bien assises, sa taille cambrée, sa gorge saillante semblent désigner entre toutes pour la maternité et pour l'allaitement. Sa santé est superbe, ses parents sont robustes. Quel heureux grand'père elle fera de vous!.. Réfléchissez-bien cependant, cher ami, et surtout informez-vous soigneusement. Etes-vous très sûr que son père n'ait point quelque veine varice ; savez-vous, de source certaine, qu'un parent du côté maternel, quelque oncle à peine connu, n'a pas été frappé

trième vertèbre cervicale sur la cinquième, avec élongation des racines quatrième et cinquième du côté gauche, anesthésie et paralysie dans leur territoire. Des détails cliniques, ayant prouvé qu'il s'agissait d'une lésion radiculaire, non médullaire, M. Chipault fit à ce malade une opération nouvelle. Sous chloroforme, après mise à nu de tous les arcs cervicaux, il réduisit la luxation et réunit les quatrième et sixième apophyses épineuses par une ligature passant à gauche de la cinquième apophyse et destinée, en repoussant cette apophyse à droite, à maintenir la luxation réduite. L'intervention fut longue et pénible, toutefois elle n'entraîna pas de choc et le résultat fut parfait. La tête du malade est aujourd'hui, dix-huit mois après l'opération, encore un peu inclinée, mais sa monoplégie a disparu ; il est serrurier de charpente et va à bicyclette.

Dans les *paraplégies pottiques*, M. Chipault a abandonné le raclage des foyers tuberculeux vertébraux. Il cite deux observations dont l'une appartient à M. Guelliot (de Reims) le curage des vertèbres ne donna dans ce cas aucun résultat. La seconde a trait à un malade chez lequel il enleva complètement un petit tubercule en contact avec une lésion légère du huitième corps vertébral, le résultat fonctionnel fut nul et le malade mourut huit mois après, il portait une infiltration tuberculeuse de quatre à cinq corps vertébraux.

A propos des *tumeurs des méninges*, M. Chipault trouve que M. Kirmisson porte un pronostic trop fâcheux sur l'intervention.

Dans la plupart des cas cités, la mort a eu pour cause l'infection opératoire. D'autre part, un fait de Casati et deux faits encore inédits d'Allen Stair ont été suivis de succès. En somme, faits antérieurs à cette année, faits de cette année, faits inédits, donnent en tout vingt-six cas, avec dix guérisons opératoires et fonctionnelles. C'est suffisant pour prouver l'intérêt d'une intervention qui s'adresse à une lésion entraînant spontanément 100 p. 100 de mort après deux ou trois années de paralysie et de souffrances.

COURRIER

Le concours pour le prix Duparque s'est ouvert le 1er octobre 1894 ; les manuscrits devront être remis au secrétariat de la Société de médecine de Paris, le 1er octobre 1895, dernier délai.

d'apoplexie n'a pas été atteint peut-être après une dure journée d'hiver imprudemment passée à la chasse, d'un rhumatisme articulaire ?.. Vous ne relevez rien, dites-vous, dans ses antécédents de famille ? C'est peu croyable ; voyons cherchez bien... Ah ! que vous disais-je ! Ainsi l'une de ses tantes a souffert d'un zona ? Rompez, cher, rompez ! détournez votre fils de cette union funeste. Un zona, juste ciel !.. mais vos petits-fils seront épileptiques, leurs sœurs seront hystériques, les uns et les autres seront obèses et diabétiques, ceux d'entre eux qu'oubliera le cabanon des fous sont guettés par l'épithélioma du rectum ou de la vessie.

. . . .

Voilà ce qu'on dit et voilà ce qu'on prouve. Voulez-vous maintenant mon sentiment tout franc, celui qui ne résulte ni des lectures, ni des observations, ni du raisonnement mais que suffit à confirmer le gros bon sens, la saine raison qui ne se paye ni de mots ni d'apparences, celle qui s'en tient aux choses pratiques, également éloignée de la négation ignorante et de la chimère des spéculations ? Je vais vous le dire. Je ne pense

Le sujet mis au concours est une question de gynécologie laissée au choix du candidat.

La somme à distribuer s'élève à 2,400 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la Société, 16, rue Vignon.

— On a trouvé dans les papiers de M. Félix Grélot, le secrétaire général de la Préfecture de la Seine, décédé le 26 juillet, un testament dans lequel il lègue à la ville de Nogent, dans la Haute-Marne, où il est né, la nue propriété de sa fortune pour y fonder un hôpital.

— Par décision ministérielle, en date du 3 octobre 1894, une médaille d'honneur en bronze a été décernée au nommé Bérard (Charles), caporal à la 6e section d'infirmiers, pour son zèle, sa conduite et son dévouement absolu lors de deux épidémies de rougeole et de scarlatine ayant sévi en 1893-94, sur la garnison de Saint-Mihiel, et qui a contracté lui-même une angine avec rhumatisme scarlatineux.

— MM. les docteurs Filboutaud (de Pierre-Buffière) et Mondelet (de Saint-Sulpice-les-Feuilles) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Sir Joseph Lister quitte définitivement son service hospitalier et descend de sa chaire. Ses admirateurs, ses collègues et ses anciens élèves oat formé à Glascow, à Edimbourg et à Londres des comités pour réunir les fonds nécessaires à une grande manifestation dans laquelle on lui fera présent de son portrait.

Les souscriptions ne doivent pas excéder deux guinées, soit 52 francs. On espère que le montant de la souscription permettra d'offrir à chacun des souscripteurs un souvenir de cette manifestation.

On peut adresser sa souscription à M. le docteur Silck, 29, Wey Mouth str. Portland place (London W.) ; au docteur James Finlayson, 2, Woodside place (Glascow) ; au professeur Chiene, 26, Charlotte square (Édimbourg) ; au professeur William Rose, 17, Harley street (London W.)

Necrologie. — MM. les docteurs Ehrmann (de Bouxwiller), médecin de la marine, décédé à Toulon à l'âge de 38 ans ; Filleau (de Paris) ; Fruchier, ancien maire de Digne ; Masson (d'Yvetot) ; de Plowecki (d'Azay-le-Féron) ; Sesselman, médecin de colonisation, à Duperré.

---

pas qu'on cherche trop ; il me semble seulement qu'on trouve trop et surtout qu'on généralise avec une déplorable précipitation. L'épilepsie et la folie, le cancer et la goutte étaient connus bien avant Hippocrate, la tuberculose, sous d'autres noms, exerçait déjà ses ravages ; l'hystérie se tordait sur les trépieds sacrés de Delphes et de Cumes. Il y a de cela deux mille et trois mille ans ; de nos jours, cependant, beaucoup d'hommes ignorent encore, Dieu merci, et les convulsions, et les tophus et les carcinomes. Beaucoup meurent de vieillesse, et il en est qu'il faut qu'on tue. Il y a des filles robustes, même aujourd'hui, et des femmes qui font de beaux enfants.

Je crois qu'on ne cessera pas de se marier, au risque d'avoir un beau-père dyspeptique ou migraineux, un beau-frère hémorrhoïdaire ; et j'affirme qu'on fera bien. Ils auront de grandes chances de rester célibataires malgré eux, ceux qui n'accepteront que les traumatismes en fait d'antécédents pathologiques. Tout le monde ne peut pas mourir d'un coup de feu et, quoi qu'on fasse, toutes les familles auront toujours dans leurs ancêtres des gens qui ne seront morts ni sur le champ de bataille ni sur la places de la Roquette.

Faculté de médecine de Paris

Stage hospitalier. — La Faculté rappelle aux étudiants le décret du 20 novembre 1893 (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1297) et donne, relativement au classement des stagiaires, les renseignements suivants :

Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties ou s'il y a eu échec — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en concours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Une lettre de convocation leur sera adressée à cet effet.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires sont arrêtées les 15 novembre et 15 février pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé — l'inscription d'avril, d'après les notes du professeur pour le trimestre de février à décembre inclus ; l'inscription de juillet, d'après les notes du professeur pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Les règlements précédents recevront leur entière exécution dans l'année scolaire 1895-1896, pour les élèves qui prendront la première inscription en octobre-novembre 1895, selon le nouveau régime d'études.

En 1894-95, ils ne seront appliqués qu'aux élèves de troisième et quatrième année, dont la scolarité est soumise au stage médical et chirurgical.

Les listes des stagiaires, pour l'année scolaire 1894-1895, seront établies à la suite de l'inscription de juillet 1894.

MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage, et qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1894, sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, avant le 1er novembre 1894. Ils sont également invités à faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Rochard : Hygiène : Vêtements et objets de toilette dangereux. — II. Congrès français de chirurgie — III. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — IV. Revue de la presse étrangère. — V. Courrier.

HYGIÈNE

—

Vêtements et objets de toilette dangereux

Les vêtements intéressent l'hygiène à plus d'un point de vue, mais nous ne les envisagerons dans cet article que sous le rapport des accidents d'intoxication et des brûlures qu'ils peuvent causer.

Les premiers sont le résultat de certaines teintures auxquelles on soumet les étoffes avant de les employer. A part le linge qui n'est soumis qu'au blanchissage et les fourrures qui sont l'objet d'une préparation spéciale, tous les tissus dont nous nous servons pour nous vêtir, passent préalablement à la teinture. La couleur est appliquée sur la matière première. sur les fils ou sur les tissus eux-mêmes, et lorsque ces derniers produisent des accidents toxiques, c'est presque toujours l'arsenic qui est le coupable. On accusait autrefois et avec juste raison, le vert arsenical de Schwemfurth et l'arseniate d'alumine (violet, jaune, rouge ou brun). On pouvait trouver plus de deux grammes d'acide arsenieux dans un mètre de certaines étoffes, particulièrement dans les voiles de gaze verte qui étaient à la mode au commencement du siècle.

Il y a une trentaine d'années, il nous arriva d'Angleterre des étoffes moirées pour toilettes de bal, du plus heureux effet. Devergie apprit qu'on recommandait aux ouvrières qui s'en servaient pour confectionner des robes, de boire du lait. Cela lui parut suspect et il reconnut que les paillettes qui se détachaient de ces tissus avec la plus grande facilité, étaient constituées par de l'*arsenite de cuivre*. Le Conseil d'hygiène et de salubrité prescrivit immédiatement la destruction de ces étoffes empoisonnées (1). Aujourd'hui, les accidents sont causés par les couleurs d'*aniline*, et surtout par la *fuschine* et la *coraline* obtenue en traitant l'acide rosalique par l'ammoniaque.

La *fuschine* n'est pas toxique par elle même; mais on obtient la *rosaniline* dont ces matières colorantes sont des sels, en traitant l'*aniline* par des oxydants dont deux sont aussi dangereux que fréquemment employés, le *nitrate de mercure* et l'*acide arsénique* ; de telle sorte qu'il est rare que la *fuschine* ne renferme pas plus ou moins de substance vénéneuse. Les observations de Viaud-Grandmarais et de Richardson ont montré que les vêtements teints avec cette substance et appliqués immédiatement sur la peau, y déterminaient des éruptions vésiculeuses locales et des symptômes généraux (2).

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a eu l'occasion de s'occuper de la question en 1880 (3). Le docteur Baraduc lui adressa un échantillon de laine rouge ayant servi à fabriquer des chaussettes qui avaient occasionné, chez ceux qui les portaient, un érythème de

(1) A. Bouchardat. *Traité d'hygiène publique et privée*, loc. cit. p. 766.
(2) J. Arnould, *Nouveaux éléments d'hygiène*, loc. cit, p. 812.
(3) Séance du 22 décembre 1880. *Revue d'hygiène*, T. III, p. 52.

toute la surface recouverte par le tissu de laine et une éruption pustuleuse confluente très douloureuse de la plante des pieds. Cet échantillon fut renvoyé à l'examen de MM. Ch. Girard et Pabst qui reconnurent qu'il avait été teint avec un sel de *rosaniline* impur, renfermant des quantités importantes d'arseniate de rosaniline (1).

Les vêtements faciles à enflammer sont bien autrement dangereux que ceux qui sont teints avec des substances toxiques. Il ne se passe pas d'années sans qu'on relate les cas de femmes brûlées dans leurs vêtements de gaze ou de mousseline. Ils étaient bien plus fréquents encore à l'époque où les crinolines étaient à la mode. Ces armatures métalliques maintenaient les jupons tendus à leur surface et à distance des membres inférieurs. Le diamètre de cette cloche était si grand que le pourtour rasant le sol était exposé à effleurer la flamme des foyers ou celle des becs de gaz dans les escaliers ; alors ces tissus légers tendus et entourés d'air de tous les côtés flambaient en un instant.

Les robes courtes des danseuses de ballet, légères et flottantes, s'enflammaient fréquemment aussi au feu de la rampe. Ces accidents sont devenus plus rares depuis que les femmes portent des robes collantes et que les théâtres sont éclairés à l'électricité. Il est cependant une étoffe d'une inflammabilité dangereuse et qui occasionne encore assez souvent ces accidents. C'est une sorte de molleton à bas prix très employé pour les vêtements de femme, surtout pour les peignoirs et les robes de chambre. On le désigne sous le nom de *pilou*. La surface extérieure est nuancée de couleurs diverses généralement à fond gris ; elle est plucheuse, couverte de fils longs et soyeux qui forment un véritable duvet et prennent feu comme du fulmi-coton, lorsqu'on approche cette étoffe d'une lampe, d'une bougie allumée ou d'un foyer de combustion. La flamme se propage rapidement à toute la surface en jetant une vive lueur, et s'éteint le plus souvent d'elle-même ; mais quelques fois le feu prend à l'étoffe même et donne lieu à des brûlures très graves. En décembre 1889, une servante fut brûlée de cette façon, et le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine fut consulté par le préfet de police sur les mesures à prendre pour éviter le retour de pareils accidents. Le Conseil, après avoir entendu le rapport de M. Schustzenberger, émit l'avis que le *pilou* devait être considéré comme dangereux pour la confection des vêtements offrant des parties flottantes (2).

Malgré cette proscription, l'usage de cette étoffe a continué à se répandre et les accidents à se multiplier. Les journaux en rapportent de temps en temps des exemples et, dans une note insérée dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*, M. Balland en cite cinq qui étaient parvenus à sa connaissance dans l'espace de quelques mois et dont l'un avait été suivi de mort (3). Dans ces cinq cas, les vêtements étaient neufs, n'avaient été ni lavés ni

(1) Séance du 21 janvier 1881. *Revue d'hygiène*, T. III, p. 140.

(2) *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris*, numéro du 20 janvier 1890.

(3) Balland. Accidents produits par l'inflammabilité du pilou *Journal de pharmacie et de chimie*, 5e série, t. XXIX, 1er mars 1894, p. 226.)

repassés, et les victimes ignoraient absolument que le *pilou* fut inflammable à ce point.

On a tout récemment livré au commerce des tissus plus inflammables encore, on les désigne sous le nom de *soie artificielle*, de *soie française*. Les fibres sont en *nitro-cellulose*; elles ont de la souplesse, de la résistance; elles prennent facilement la teinture et l'impression, mais elles brûlent comme du coton-poudre, ce qui a jeté sur ces étoffes une défaveur très motivée.

Les objets de toilette dangereux et qui occasionnent de temps en temps des brûlures sont ceux qui sont faits en *celluloïd*. Le *celluloïd*, découvert en 1869, est composé de cellulose et de camphre. Ce produit est susceptible d'être façonné, scié et coupé comme le bois ; il est parfaitement malléable à la température de 80°; il peut prendre toutes les formes et se souder à lui-même. On le nettoie facilement à l'aide d'un simple lavage. Ses propriétés jointes à son bas prix, à sa jolie couleur d'un blond transparent qui le fait ressembler à l'écaille, en a rapidement répandu l'usage et multiplié les applications. On l'emploie aujourd'hui pour faire des faux-cols, des manchettes, des peignes, des bracelets, des montures de lorgnon, des dentiers artificiels, et pour confectionner une foule de menus objets compris sous le nom d'*articles de Paris*.

Le celluloïd est inflammable au plus haut degré. Il se fabrique avec un papier mince pyroxidé qui est mis en pâte, broyé avec 15 ou 20 pour 100 de camphre, mélangé au quart de son poids d'alcool, laminé, puis comprimé sous forme de blocs sous une pression de 150 atmosphères à une température de 90 degrés. Ces blocs sont ensuite débités en feuilles, en morceaux, puis moulés dans des matrices métalliques chauffées à la vapeur d'eau ; ils prennent ainsi des formes diverses et se transforment en objets usuels. Ces derniers s'enflamment et brûlent au contact de la flamme, avec dégagement d'une fumée épaisse et d'odeur camphrée. Ils peuvent aussi prendre feu spontanément lorsqu'on les chauffe à 170 degrés. La déflagration est vive, presque instantanée, accompagnée de vapeurs rutilantes.

Les peignes sont parmi les objets de toilette en celluloïd, les seuls qui aient jusqu'ici causé des accidents. Le plus grave, celui qui a fait le plus d'impression dans le public, est celui qui a été relaté par Léon Faucher, dans un mémoire qui remonte déjà à six ans. Il s'agissait d'une petite fille qui, au retour de l'école, s'était mise à faire ses devoirs à côté d'un fourneau dans lequel chauffaient des fers à repasser. Elle penchait la tête, en travaillant, vers les ouvertures disposées pour loger les plaques. Il y avait une heure qu'elle était dans cette attitude, lorsque le peigne en celluloïd imitant l'écaille qui retenait ses cheveux prit feu tout à coup. Sa tête fut en un instant entourée de flammes, que sa mère éteignit rapidement ; mais les cheveux de l'enfant étaient en partie brûlés et le cuir chevelu présentait une escharre d'environ dix centimètres carrés.

C'était une brûlure au troisième degré, qui mit six mois à se guérir et laissa à sa place une cicatrice blanche, lisse et dépourvue de cheveux.

Des brûlures moins graves ont eu lieu depuis par le fait de ces longues épingles doubles en celluloïd, avec lesquelles les femmes assujettissent

aujourd'hui leurs cheveux et qui dépassent de plusieurs centimètres le sommet de la tête. Lorsqu'elles se baissent en travaillant, au-dessus d'une lampe allumée, ou simplement d'une bougie, si la partie saillante de l'épingle à cheveux se trouve à passer au-dessus de la flamme, le feu y prend comme à une allumette, mais avant qu'il ait atteint la chevelure qu'il dépasse, les femmes ont le temps de l'arracher et il n'en a pas résulté jusqu'ic de brûlure grave.

On comprend que tous les mêmes objets de toilette que nous avons énumérés peuvent aussi devenir des causes d'incendie. Il n'est pas absolument sans danger de multiplier dans les appartements des corps aussi inflammables ; mais le péril est bien autrement grand pour les ateliers où on fabrique le *celluloïd*. Depuis l'incendie survenu dans une fabrique de la rue Beaubourg, et qui causa dans le public une certaine émotion, il en est survenu plusieurs autres. En 1891, le ministre du commerce consulta le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, sur la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de modifier le classement des dépôts de celluloïd. Le Conseil, après avoir entendu le rapport de M. V. de Luynes (1) proposa au ministre d'adopter les changements suivants qui ont été introduits dans la nomenclature actuelle (1892) des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

Les dépôts de celluloïd, brut ou façonné pour la vente en gros, lorsqu'ils en renferment moins de 300 kilogrammes, sont rangés dans la troisième classe; lorsqu'ils en contiennent de 300 à 800 kilogrammes dans la deuxième, et lorsqu'ils en renferment plus de 800 dans la première.

Les dépôts de celluloïd façonné pour la vente au détail, lorsqu'ils en renferment moins de 50 kilogrammes, sont seulement soumis à la déclaration par assimilation aux dépôts d'hydrocarbures.

Les dépôts contenant des dissolutions de celluloïd dans l'alcool et l'éther, l'acétone, l'éther acétique, lesquelles sont employées pour le collage ou la retouche des pièces façonnées, sont rangés dans la deuxième classe.

Les usines dans lesquelles on en fabrique et où on travaille le celluloïd, sont, d'ailleurs, soumises aux arrêtés et décrets concernant les établissements classés pour danger d'incendie et, à Paris, aux ordonnances du préfet de police des 24 novembre 1843, 11 décembre 1852 et 15 septembre 1875.

Jules ROCHARD.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Huitième session tenue à Lyon du 9 au 13 octobre (2)

CHIRURGIE DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Les communications sur ce sujet ont été nombreuses et nous allons commencer par

(1) V. de Luynes. Rapport sur les ateliers de façonnage du celluloïd, les dépôts et magasins de vente en gros et au détail, lu au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, le 11 décembre 1891.

(1) Voir *Union médicale* du 20 octobre 1894.

celle de M. Delagénière (du Mans) intitulée : **De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes.**

Elle consiste à enlever complètement l'utérus et les annexes par la voie abdominale.

D'après l'orateur, elle a sa raison d'être, car, dans les affections dont il s'agit, l'utérus est malade aussi bien que les annexes. En laissant l'une ou l'autre de ces parties infectées, on fait donc théoriquement une opération incomplète et souvent insuffisante. Après avoir blamé la voie vaginale et les autres opérations, M. Delagénière vante la castration abdominale dont les principaux avantages sont les suivants :

1° Possibilité de limiter l'intervention dans les cas d'affection unilatérale, ou dans les affections peu graves ;

2° Facilité aussi grande que possible pour enlever toutes les parties malades sous le contrôle de la vue;

3° Faculté de ne laisser aucune surface saignante dans la cavité péritonéale, et de recouvrir de péritoine les surfaces dénudées ;

4° Sécurité plus grande pour détacher les adhérences intestinales, et pour remédier aux déchirures de l'intestin ;

5° Pas de pinces à demeure et pas de souffrances après l'opération.

Cette opération ne lui paraît pas présenter une gravité excessive. Elle lui a donné quatre succès sur quatre cas, et à Baldy, vingt-deux sur vingt-deux cas, et d'autre part les résultats thérapeutiques paraissent incomparablement supérieurs. Dès l'opération, la malade se trouve parfaitement bien.

Ce parallèle de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale ne pouvait manquer de donner lieu à une grave discussion. Elle a eu lieu et M. Segond avec le talent oratoire qu'on lui connaît a relevé le gant.

Pour la deuxième fois, s'écrie le chirurgirn de Dubois, je viens d'entendre M. Delagénière défendre la cause de ce qu'il appelle la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus ; et, pour la deuxième fois, je tiens à protester contre les accusations parfaitement inexactes dont il s'obstine à charger l'hystérectomie vaginale. Que M. Delagénière cherche à faire mieux que nous en enlevant par laparotomie ce que nous enlevons par voie vaginale, soit. Le mieux n'est pas toujours l'ennemi du bien, surtout en chirurgie, et lorsque M. Delagénière, pour démontrer l'innocuité d'une intervention réputée jusqu'ici comme très sérieuse, possédera plus de quatre observations, ce qui est bien un peu mince, notre devoir à tous sera peut-être de le suivre dans la voie de progrès que son expérience et ses aspirations vers la perfection chirurgicale nous auront tracée. Par malheur, nous n'en sommes point là, tant s'en faut, et pour l'instant je ne vois que trois choses dans la communication de M. Delagénière : la mention de quatre opérations, l'exposé beaucoup trop hâtif des avantages d'une méthode opératoire dont l'histoire reste à faire tout entière, et, sous forme de parenthèse accessoire, la condamnation sommaire de l'opération de Péan.

C'est parce que M. Delagénière possède une statistique de quatre hystérectomies vaginales malheureuses qu'il traite cette opération en opération d'une gravité excessive. Et, continue M. Segond, ce n'est pas seulement sur sa statistique que M. Delagénière base ce jugement étonnant, c'est aussi sur ma statistique personnelle, publiée dans la thèse de Baudron, parce que, dit-il, j'ai perdu 10 malades sur 37 cas de supurations graves. Récompense singulière pour ceux qui ont cherché à ne classer sous l'étiquette de cas graves que les cas terriblement graves. Si bien qu'en annonçant que sur 37 femmes

condamnées à mort, sans rémission, nous avions sauvé et définitivement sauvé 27 malades ; sans parler, d'ailleurs, d'un autre groupe de 77 opérées atteintes cependant de suppurations pelviennes sérieuses et dont 76 ont merveilleusement guéri, nous croyions avoir fait œuvre satisfaisante et sans doute choisi le mode opératoire convenable.

M. Segond termine en rappelant que les partisans de l'hystérectomie vaginale se font tous les jours de plus en plus nombreux et en combattant les critiques si souvent faites à cette intervention.

A la parole de M. Segond se joignent celles de M. Lucas-Championnière et de M. Michaux qui adressent à M. Delagénière les mêmes reproches.

Rapprochons de ces faits une **hystérectomie abdominale secondaire à une laparotomie pour lésions des annexes** pratiquée par M. Schwartz.

Voici cette observation :

Elle concerne une jeune fille très nerveuse et présentant des stigmates caractéristiques (anestésies). Elle souffrait constamment. On constata de la métrite granuleuse du col et de l'endolorissement des culs-de-sac. La malade avait, en outre, une dilatation très marquée de l'estomac et une fissure anale intolérante.

M. Schwartz fit, dans la même séance, la dilatation anale, puis la dilatation utérine et le curettage de l'utérus.

La malade ne fut pas améliorée.

Il se décida alors à faire une laparotomie ; il trouva deux ovaires sclérokystiques et deux petites trompes épaissies qui furent enlevées.

La malade n'éprouvait aucune amélioration du côté des organes génitaux; les douleurs continuaient, il se faisait un écoulement fétide par le vagin ; des vomissements apparurent ; M. Schwartz se décida alors à faire l'hystérectomie sous le chloroforme. Il trouva au toucher l'utérus petit et atrophié, mais haut situé, se sentant au-dessus du pubis ; le vagin était très long et très étroit ; dans ces conditions l'hystérectomie abdominale lui parut plus indiquée. L'utérus enlevé était petit (6 centimètres de long). La muqueuse du corps présentait une grande ulcération qui, examinée histologiquement au laboratoire de M. Cornil, fut diagnostiquée « probablement tuberculeuse. » Les pédicules ovariques ne présentaient aucune lésion.

La malade, après cette opération, fut absolument guérie.

Il conclut de cette observation qu'il y a des cas où la laparotomie ne suffit pas et où il faut faire l'hystérectomie ; et des cas où l'hystérectomie abdominale est préférable à la voie vaginale.

L'hystérectomie vaginale étend encore son domaine avec une communication de M. Segond, ayant pour titre : **L'hystérectomie vaginale dans les tumeurs solides ou kystiques de l'ovaire.**

Jusqu'ici on s'est peu occupé de cette opération dans les tumeurs de l'ovaire, et en particulier dans les petits kystes de cet organe, et il n'existe aucun travail d'ensemble sur la question.

Pourtant un mouvement s'est produit dans ces dernières années en faveur du traitement des tumeurs ovariques par la voie vaginale ; soit que l'on se contente de ponctionner ou d'ouvrir les kystes par le vagin, soit qu'on fasse l'ovariotomie vaginale comme M. Laroyenne. Récemment Jacobs a enlevé par le vagin un kyste énorme chez une femme enceinte qui a parfaitement guéri et a accouché à terme sans accident.

Ces cas démontrent que l'ablation isolée (sans l'utérus) des kystes de l'ovaire par le vagin est possible. On peut la discuter en cas de tumeurs unilatérales, mais, en cas de

tumeurs bilatérales, il n'y a pas à hésiter; il ne faut pas faire l'ovariotomie vaginale isolée, mais l'hystérectomie totale.

La possibilité d'enlever les kystes de l'ovaire par l'hystérectomie vaginale a été démontrée par des erreurs de diagnostic, le kyste ayant été pris pour un pyosalpinx.

Les indications de l'opération sont limitées par le volume considérable de la tumeur. Quand elle dépasse l'ombilic, il ne faut plus chercher à l'enlever par le vagin.

L'opération n'est pas grave. Les onze opérées de M. Segond ont parfaitement guéri. L'ablation de l'utérus n'aggrave donc pas l'opération de l'ablation des ovaires; au contraire, il croit l'opération, ainsi complétée, beaucoup plus bénigne, et pense que du moment qu'on enlève les ovaires, il n'y a aucune raison de chercher à garder l'utérus.

L'opération n'est pas difficile; elle est plus facile que l'hystérectomie pour fibrome, car la tumeur est molle; on peut enlever très facilement d'énormes kystes en les crevant d'abord; ils crachent leur contenu, et la poche revenue sur elle-même passe alors sans aucune difficulté à travers le vagin.

Deux cas peuvent se présenter; ou bien l'utérus est refoulé en haut et le kyste tombe dans le cul-de-sac; alors on enlève le kyste puis l'utérus; ou bien, au contraire, l'utérus abaissé se présente le premier, on fait alors l'ablation dans l'ordre inverse.

L'objection principale que l'on peut faire à cette méthode est la difficulté du diagnostic de la bilatéralité des lésions; mais comme le premier temps de l'opération est l'incision du cul-de-sac postérieur, on peut, à ce moment, vérifier le diagnostic en explorant les annexes à travers cette incision. Ce n'est toutefois pas toujours possible. Il arrive de commencer l'hystérectomie pour kystes et de trouver, non un kyste, mais un fibrome. L'erreur n'a pas d'importance puisque c'est par l'hystérectomie vaginale que les fibromes sont opérés dans les meilleures conditions. Dans un cas, l'erreur de diagnostic fut plus grave. Au lieu de kyste, il trouva un cancer de l'S iliaque prolabé en partie dans le petit bassin. Il réséqua l'anse cancéreuse, mais la malade mourut le troisième jour de péritonite.

Laissons pour un moment la parole aux chirurgiens lyonnais et citons les *réflexions* cliniques de M. Laroyenne sur l'ovariotomie. Il a pratiqué 500 fois cette opération pour kystes de l'ovaire avec 380 succès et 120 insuccès. L'orateur expose sa conduite clinique et sa technique opératoire.

M. Polosson indique ensuite son procédé de **traitement du pédicule des kystes de l'ovaire**. Quand les pédicules sont larges, il les fixe avec des broches à la paroi. Puis, au bout de quarante-huit heures, il creuse le pédicule, l'évide et finit par les enlever complètement au bout de huit jours.

Signalons encore 7 opérations d'**hystérectomie abdominale totale pour des utérus atteints de grosses tumeurs**, faites par M. Delaunay (de Paris) et une communication de M. Gouilloud (de Lyon) sur la possibilité d'une **grossesse chez les opérées pour salpingo-ovarites.** 19 fois il a constaté que des femmes opérées étaient devenues enceintes et a pu observer que d'une façon générale la grossesse a une mauvaise influence sur les périmétrites anciennes.

M. Condamin (de Lyon) attire l'attention du congrès sur ce qui s'appelle la **salpingo-ovariotrypsie.** En présence de lésions kystiques ou suppurées des annexes, voici la conduite : 1° ouvrir la poche et l'évacuer, cela suffit souvent; 2° si la poche est trop anfractueuse et incapable de guérir par simple incision, l'enlever par l'incision vaginale si cela est possible; 3° si la poche est trop volumineuse pour passer par la voie ainsi ouverte, faire le broiement qui rendra ce passage facile.

Cette méthode a l'avantage de n'enlever que le minimum et de permettre à la femme de rester féconde.

Le même chirurgien décrit une forme nouvelle de cancer utérin, qu'il appelle cancer diffluent à cellules musculaires embryonnaires, sa marche serait très rapide.

M. Vuillet (de Genève) communique une statistique d'hystérectomies vaginales et abdominales pour fibromes utérins. Sur 28 hystérectomies abdominales, il a compté 10 morts et, sur 15 hystérectomies vaginales, 8 morts. Ces chiffres ne peuvent servir d'éléments de comparaison entre les deux méthodes, car les indications de chaque méthode sont différentes.

Deux cas d'hystérectomie abdominale totale donnent l'occasion à M. Delagenière (de Tours) de prendre la parole. Il s'agit de deux malades. L'une avait un fibrome moyen (1800 grammes) très douloureux, l'autre un fibrome volumineux (8 kilogrammes) remontant jusqu'à l'épigastre.

La durée de l'opération fut longue (2 h. 10 et 2 h. 20), mais les suites simples. Les malades guérirent.

Et citons pour terminer l'observation d'un **énorme fibrome rétro-rénal**, enlevé avec succès par M. A. Reverdin (de Genève), celle d'une **grossesse tubo-ovarienne**, due à M. Djemil Bey (de Constantinople) et un cas de **déciduome malin** rapporté par M. Jeannel (de Toulouse).

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 octobre 1894. — Présidence de M. Ferrand

Goître exophtalmique traité par l'alimentation tyroïdienne

M. J. Voisin rapporte à propos de la dernière communication de M. Béclère, un cas de goître exophtalmique qu'il a traité, dès le 15 août dernier, par l'ingestion de corps thyroïde de moutons. La malade en prenait 6 à 8 grammes par jour. Au bout de quinze jours, on constatait une amélioration considérable. La malade avait repris de l'appétit, elle dormait, son caractère était redevenu ce qu'il était autrefois; elle n'avait plus de palpitations ni de tremblement. Enfin le goître et l'exophtalmie avaient considérablement diminué.

Elle continua le traitement, en l'interrompant toutefois de temps en temps.

Actuellement, l'état général est excellent et il ne reste plus qu'un léger degré d'exophtalmie et un corps thyroïde un peu volumineux.

M. Dreyfus-Brissac rappelle que dans la plupart des cas de goître exophtalmique, le traitement thyroïdien augmente les troubles et peut devenir dangereux. Pour expliquer les cas comme ceux de M. Voisin, il faut admettre que si l'hypertrophie du corps thyroïde correspond souvent à une hypersécrétion du suc thyroïdien, il peut aussi correspondre à une hyposécrétion de ce suc.

Traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer à l'intérieur

M. Goldschmitt, de Strasbourg, membre correspondant de la Société, présente un travail dans lequel il rapporte tous les cas de diphtérie qu'il a traités par l'usage interne du perchlorure de fer. Il faut avoir du courage, dit M. Goldschmitt, pour venir parler encore aujourd'hui d'un tel traitement de la diphtérie, en présence des succès obtenus

par la sérothérapie. Néanmoins, depuis dix-sept ans qu'il l'emploie, il n'a pas eu un seul décès ; de plus, il aurait constaté plusieurs fois l'action préventive du médicament.

M. d'Heilly rappelle que le perchlorure de fer a été essayé à plusieurs reprises sans résultats bien appréciables.

Sur un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif

M. Siredey communique une observation d'érythème scarlatiniforme qui était manifestement lié à deux frictions de la région pubienne avec de l'onguent napolitain. Or, de ces deux frictions, l'une avait été faite huit jours et l'autre quinze jours avant l'apparition de l'érythème.

Cette étiologie singulière fut bientôt confirmée par l'expérimentation. En effet, on vit survenir promptement chez le malade le même érythème scarlatiniforme à la suite d'un pansement humide au sublimé à 1/2000, de lotions simples et de pansements avec des solutions d'oxy-cyanure au 1/1000, de bi-iodure à 1/4000, d'une application de pommade au précipité jaune à 1/20. Inversement, rien ne se produisait avec les solutions d'acide phénique à 1/40, de résorcine à 1/500, pas plus qu'avec l'iodoforme.

M. Siredey termine sa communication en signalant la fréquence de ces éruptions médicamenteuses, souvent méconnues (par le salol, le calomel à dose purgative, les pansements au sublimé, etc.). Il fait remarquer, en outre, qu'à mesure que ces influences médicamenteuses sont mieux connues, le groupe des érythèmes infectieux diminue et celui des érythèmes toxiques augmente.

Kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine

M. Debove avait communiqué il y a deux ans (9 décembre 1892), en son nom et au nom de M. Soupault, une observation de kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine. La malade qui faisait l'objet de cette observation sortit de l'hôpital après une ponction abdominale suivie d'une injection de sublimé. Son état général était bon, on était en droit d'espérer une guérison définitive. Malheureusement il n'en fut pas ainsi. La malade revint à l'hôpital avec une péritonite purulente ; elle mourut malgré une laparotomie.

L'autopsie confirma le diagnostic porté par M. Debove au moment de la rechute : hydatides suppurées, greffe hydatite péritonéale.

Du péristaltisme stomacal chez l'homme

M. Hanot présente sur ce sujet un travail dont voici les conclusions : L'estomac de l'homme dont le péristaltisme latent ne s'exerce vraisemblablement qu'au moment de la digestion, peut, dans certains cas pathologiques, être le siège de mouvements rythmiques permanents rendus apparents à travers la paroi abdominale par la dilatation de l'organe et l'énergie des contractions.

Il se contracte d'autant plus vivement que sa cavité est pleine.

Les contractions s'effectuent suivant le mode péristaltique, les ondes contractiles cheminant du cardia vers le pylore, interceptant entre elles un segment d'organe en état de relâchement et entraînant vers l'orifice pylorique le contenu de la poche ainsi formée.

On observe parfois des ondes antipéristaltiques partant du pylore, mais celles-ci sont inconstantes et toujours avortées, elles ne précèdent pas les efforts de vomissements.

Un point reste dans l'ombre ; à quel facteur peut-on attribuer cette exagération du péristaltisme ?

Est-il dû simplement à la sténose de l'orifice pylorique, contre lequel le viscère, pro-

gressivement distendu par les ingesta, s'acharne et s'épuise ? Ce mécanisme paraît le plus vraisemblable et a ses homologues en d'autres points de l'organisme ; telles sont les contractions violentes de l'intestin en face d'un étranglement.

Sans rejeter cette explication, qui a incontestablement sa part de vrai, nous devons nous demander si elle est suffisante et lui opposer les deux séries de cas suivants :

1° Les cas nombreux où il a été constaté une occlusion pylorique, sans qu'on ait, pour cela, remarqué de péristaltisme stomacal apparent ;

2° Les cas où ce phénomène existait en l'absence de sténose.

Quoi qu'il en soit, tout en réservant la part idiosyncrasique prise par le système nerveux, nous pensons que la cause principale apparente, observée chez le malade qui a été le point de départ de cette communication, a été la rapidité de formation de l'obstacle, la sténose presque subite de l'orifice pylorique.

L'estomac a été entravé brusquement dans ses fonctions motrices, alors que son système nerveux était en pleine activité ; le muscle s'est tétanisé, luttant obstinément contre un obstacle auquel il n'était pas préparé et il n'a cessé ses contractions qu'après épuisement.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Indicanurie dans la tuberculose infantile

Dans un mémoire présenté au Congrès de pédiatrie, tenu à Brême en 1890, Hochsinger, de Vienne, étudiant d'une façon générale l'indicanurie de l'enfance, arrivait à cette conclusion que la présence de l'indican est constante dans l'urine des enfants tuberculeux. Qu'il s'agisse de nourrissons ou d'enfants plus âgés, et quelles que soient la forme et la période de la tuberculose, alors même que les enfants ne présentent pas de troubles gastro-intestinaux, on constate toujours, d'après cet auteur, l'indicanurie à un degré plus ou moins prononcé.

En 1892, M. Kahane apportait de nouveaux faits confirmant les résultats obtenus par Hochsinger.

L'indicanurie semblait donc devoir compter désormais comme un bon signe de la tuberculose infantile, quelquefois si difficile à diagnostiquer. Malheureusement, parmi les recherches de contrôle que provoquèrent partout les travaux de Hochsinger et de Kahane, il en est qui contredisent les affirmations de ces auteurs. C'est ainsi que, dans un important mémoire publié dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, en février 1893, M. Voute, d'Amsterdam, arrive à des conclusions tout à fait opposées à celles de Hochsinger et Kahane. Pour M. Voute, l'indicanurie est loin d'être fréquente dans la tuberculose ; elle n'a donc aucune valeur diagnostique.

Steffen (1), d'autre part, ayant fait plus de 1,200 examens des urines de 19 enfants de 1 an et demi à 15 ans, nettement tuberculeux, n'a constaté l'indicanurie que dans un nombre de cas relativement peu considérable. Chez les enfants tuberculeux, l'indicanurie ne serait pas plus fréquente que dans la rougeole (1 sur 3), mais un peu plus fréquente cependant que dans la diphtérie (1 sur 5) et même dans la fièvre typhoïde (1 sur 5). Il est à remarquer que l'indican varie d'un jour à l'autre chez un même enfant tuberculeux : on en trouve un jour une quantité notable et il n'y en a pas le lendemain.

(1) *Jahrb. f. Kinderheibk*, 1892.

M. Carlo Giare (1), lui aussi, s'élève contre les assertions de Hochsinger et de Kahane. De ses recherches portant sur des enfants dont 17 étaient tuberculeux, il conclut que l'indican fait souvent défaut dans des cas indéniables de tuberculose ; dès lors, quelle valeur diagnostique attribuer à l'indicanurie ?

La question a été reprise récemment en France par Mlle Lioubitza Djouritch (2) à l'hôpital des Enfants-Malades, sous l'inspiration de M. Marfan; ces nouvelles recherches ont été résumées dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (février 1894). Le travail de Mlle Lioubitza Djouritch donne un confirmation très nette aux assertions de Hochsinger et Kahane ; l'indicanurie est constante et permanente dans la tuberculose infantile ; la quantité d'indican peut varier à des intervalles plus ou moins rapprochés, et même d'un jour à l'autre, dans des proportions très grandes, mais il y en a constamment. « L'indicanurie est constante et permanente dans la tuberculose. Il semble donc qu'il existe une relation étroite entre l'indicanurie et la tuberculose. Ce fait peut avoir une certaine importance dans certains cas où le diagnostic de tuberculose est difficile. »

Citons encore un travail récent de M. Fahm (3), dans lequel cet auteur établit que l'indicanurie existe environ dans 60 pour 100 des cas de tuberculose, et dans 40 pour 100 seulement des cas d'affections autres que la tuberculose.

La question n'est pas, on le voit, complètement résolue. La raison n'en est-elle pas due, en partie du moins, à ce fait que les différents auteurs dont nous avons rapporté les travaux n'employaient pas le même procédé de recherche ?

Nous reproduisons, d'après Mlle Djouritch, quelques-uns de ces procédés :

1° Dans une urine additionnée d'acide chlorhydrique on verse goutte à goutte une solution concentrée de chlorure de chaux ; il se produit une coloration violette ; si on mélange avec du chloroforme, celui-ci en se séparant par le repos dissout la substance et est coloré en violet. (*Procédé de Jaffé, de Kœnigsberg.*)

2° Mélanger dans un tube à essai de l'urine et de l'acide chlorhydrique à parties égales. Ajouter une ou deux gouttes de perchlorure de fer, puis du chloroforme et agiter. Le chloroforme se colore en violet quand il y a de l'indican. (*Procédé de Baumann.*)

3° Agiter simplement avec du chloroforme un mélange à parties égales d'urine et d'acide chlorhydrique.

C'est ce dernier procédé que Mlle Djouritch a employé.

Si l'indicanurie existe sinon chez tous les enfants tuberculeux, du moins chez un certain nombre d'entre eux, la pathogénie de ce phénomène reste encore assez obscure, surtout quand les petits malades ne présentent pas de troubles gastro-intestinaux.

On doit pour le moment se contenter de l'explication vague que quelques auteurs ont donné d'un trouble profond de la nutrition générale dans la tuberculose.

Les phosphates urinaires dans la malaria.

MM. Picci et Bernasconi publient les résultats que leur a fourni l'examen de l'élimination des phosphates dans l'urine des individus atteints de malaria. Dans les vingt-quatre premières heures de l'infection. l'acide phosphorique éliminé est plus considérable que dans l'urine normale. Cela est-il dû, comme le veulent les auteurs, à une augmentation dans la quantité d'aliments absorbés ?

(1) *Lo Sperimentale*, 1893.
(2) Thèse de Paris, 1893.
(3) *Jahrb f. Kind.* 1894.

Dès que la température s'élève, l'acide phosphorique diminue ; cependant la quantité d'urine est en général augmentée. Cette diminution est indépendante de la nourriture. Ce qui le démontre d'une façon absolue, c'est qu'on peut donner, au commencement de l'accès, du phosphate de soude aux malades sans que la quantité d'acide phosphorique éliminé soit normale. Il en est de même si l'on donne le phosphate de soude en injections sous-cutanées. La diminution de l'acide phosphorique n'est pas proportionnelle à l'intensité ni à la durée de la fièvre.

Dès que l'accès est passé, il y a une véritable décharge d'acide phosphorique ; cette élimination abondante continue pendant plusieurs heures et compense, en général, la diminution observée pendant le paroxysme fébrile.

La phosphaturie se produit ordinairement quand on « coupe » l'accès de fièvre par la quinine. Enfin, dans la cachexie paludéenne, l'élimination de l'acide phosphorique n'a pas semblé aux auteurs sensiblement modifiée. (*Policlinico*, numéro 8, 1894).

COURRIER

Le jury du concours de l'internat se compose actuellement de la façon suivante : MM. Darier, Tapret, Delens, Th. Anger, Marchand, Boissard et Thoinot.

Le jury du concours de l'externat se compose actuellement de la façon suivante : MM. Ménestrier, Duflocq, Queyrat, Albarran, Beurnier, Guinard et Beclère.

— La cinquième commission du Conseil municipal s'est rendue jeudi à l'Institut Pasteur, afin d'étudier sur place la création d'un établissement sérothérapique.

La commission a été reçue par les docteurs Roux, Nocard et Chantemesse.

A la suite d'une conférence à laquelle assistaient MM. Pasteur et Champoudry, président du Conseil municipal, il a été décidé que la cinquième commission demanderait d'inscrire au budget de la Ville de Paris une somme annuelle de 20,000 francs pour l'entretien permanent de vingt chevaux destinés à fournir du sérum pour le département de la Seine.

D'autre part, le Conseil municipal de Paris vient d'adopter à l'unanimité la proposition suivante de M. Faillet et plusieurs de ses collègues :

« Article premier. — Une réception sera faite à l'Hôtel de Ville à MM. Pasteur et Roux pour rendre un solennel hommage à leurs beaux travaux scientifiques si utiles à l'humanité.

« Art. 2. — Une médaille d'or sera décernée à M. le docteur Roux, au nom de la Ville de Paris. »

— La Société médicale des hôpitaux est convoquée extraordinairement pour lundi 29, à cinq heures du soir, pour délibérer sur l'organisation du service de l'enseignement des élèves stagiaires dans les hôpitaux.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. JACCOUD : D'une cardiopathie. — II. Congrès français de chirurgie — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD

—

D'une cardiopathie.

Je vais vous entretenir, Messieurs, d'un jeune homme de 26 ans, entré dans notre service pour un rhumatisme. C'est, je dois vous le dire, sa première attaque rhumatismale. Mais, en outre, il est atteint d'une cardiopathie grave, pour cette raison que non seulement le cœur est atteint, mais aussi l'aorte, il s'agit donc d'une cardio-aortite.

On peut admettre que le début saisissable remonte à quatre ou cinq ans d'après ses renseignements. Indépendamment nous avons un fait qui établit cette date d'une manière plus précise. Il a été réformé au bout d'un an de service pour maladie de cœur ; nous pouvons donc faire remonter le début à cinq ans.

Un état grave du cœur et de l'aorte à 26 ans, est chose insolite. Cette affection n'ayant aucun des caractères congénitaux, il y a là une particularité qui oblige à une enquête étiologique sérieuse. Pourquoi ce jeune homme de 26 ans se trouve-t-il sous le coup d'une cardiopathie grave sans avoir eu une cause réelle? Il n'a point eu de rhumatisme ni de maladie pouvant frapper le cœur, car il n'a pas eu la scarlatine ni la fièvre typhoïde. Jamais il n'a eu la malaria, la syphilis; point d'intoxication saturnine, pas de maladie rénale, et, enfin, il n'a jamais subi de traumatisme thoracique. Manquent les maladies vulgaires de l'appareil respiratoire et des médiastins qui, les unes et les autres, peuvent retentir sur l'endocarde; or, les poumons et les médiastins paraissent être hors de cause.

On trouve dans ses antécédents une pleurésie grave, purulente, qui a occasionné son séjour à l'hôpital durant trois mois ; une ponction lui a été faite et le liquide qui s'écoula était du pus. On lui fit des injections de naphtol et il guérit.

Il est très possible que cardiopathie d'origine pleurétique porte à la fois sur le cœur et sur l'aorte. Quelquefois l'aorte est seule touchée, mais jamais le cœur n'est seul atteint.

Dans les cas où la cause est une pleurésie, c'est l'aorte qui est touchée et le processus est le même qu'ici.

Cet homme nous présente comme symptômes : des palpitations, la pointe du cœur est abaissée et déjetée en dehors, d'où hypertrophie du ventricule gauche. Il n'offre point de frémissements, l'impulsion n'est ni forte ni faible On entend un souffle systolique fort et assez rude à la pointe et, comme il y a du souffle partout, on peut se demander si c'est un souffle né en ce point. Ce souffle indique bien une insuffisance mitrale, vu sa propagation dans l'aisselle. Dans les régions supérieures, on a du souffle au niveau du foyer aortique; foyer pulmonaire et derrière le sternum où ce souffle est énorme, dur et très long, se propageant dans les vaisseaux du cou et dans la sous-clavière. Doit-on conclure qu'il y a deux souffles distincts à la base?

Non. Ce souffle est identique à lui-même, c'est le même souffle; il est donc certain qu'il appartient à l'orifice aortique et on a un rétrécissement aortique. Mais on doit retenir qu'il n'est pas nécessaire que l'organe soit rétréci pour amener un souffle systolique, il suffit d'une lésion qui amène une modification à ce niveau.

Au foyer xiphoïdien on a aussi un souffle au premier temps, mais c'est le moins fort de tous.

La percussion nous révèle une augmentation de matité au niveau du bord droit du sternum.

Si nous portons notre examen du côté de la crosse de l'aorte, nous constatons un souffle énorme au-dessous de la fourchette sternale et nous avons un signe pathognomonique dans le signe de Guatani. La crosse de l'aorte est dilatée, ainsi que sa portion ascendante. Cette dilatation est uniforme et le maximum du souffle au milieu du sternum appartient justement à l'aorte et on a le souffle fort se répondant du bord droit du sternum au pli de l'épaule.

Quand on ausculte l'aorte descendante à partir de la quatrième vertèbre dorsale, on entend le souffle; doit-on en conclure que l'aorte est malade jusqu'au bas, je ne sais. Lorsqu'il y a un souffle dans l'aorte ascendante et dans l'aorte descendante, cela n'implique pas que l'aorte est malade dans le point où on l'examine. En considérant l'affaiblissement rapide de celui-ci on voit qu'il y a propagation.

Il m'est arrivé de constater l'absence de toute aortite dorsale, alors que durant la vie on avait un souffle très fort au niveau de l'aorte. On avait bien de l'aortite ascendante mais pas d'aortite descendante ; or, dans ces cas, je constatai un souffle même plus fort qu'ici, c'est pourquoi je crois à un souffle de propagation chez notre malade.

Y a-t-il une raison pour penser qu'il pourrait s'agir d'une lésion de l'aorte ?

On a un souffle xiphoïdien, est-ce que pour cela on a une insuffisance tricuspidienne ? Non, car on n'a ni stase veineuse ni pouls veineux. Je dirai même que s'il n'avait l'aorte malade, je serais arrêté par l'observation, car en 1885, j'avais conclu à une insuffisance tricuspidienne chez un malade ayant un souffle comme ici ; or, il n'y en avait pas. On doit donc retenir que, quand il y a un souffle dans l'aorte dorsale, on doit imputer le souffle tricuspidien à la propagation et ne conclure à l'insuffisance que si tous les autres signes y sont joints.

On peut conclure : 1° insuffisance mitrale ; 2° altération de l'orifice aortique ; 3° dilatation de la crosse de l'aorte et de l'aorte ascendante due à une aortite chronique.

La pleurésie de ce garçon a retenti sur son endocarde et sur son aorte. D'après l'expérience et l'enseignement des faits où a lieu le commencement ? Par l'aorte, car c'est ce qui se passe dans tous les cas de lésions vasculaires.

Dans des cas semblables, on doit dire artério-cardiaque ou aorto-cardiaque et non cardio-aortique, puisqu'il y a eu retentissement de la lésion de l'aorte sur le cœur. La lésion de l'aorte est beaucoup plus grave que celle du cœur. Quand il souffre, c'est de cette lésion.

Je dois vous dire aussi, Messieurs, que l'aortite a un point de prédilec-

tion sur la portion transversale de la crosse et sur le point de jonction de celle-ci avec l'aorte descendante. Il y a des cas où l'orifice aortique est malade, lésé. La crosse de l'aorte peut être atteinte d'aortite notable avec propagation ou non à la portion dorsale et le segment intermédiaire n'est point atteint.

Messieurs, le pronostic est défavorable, car ce garçon est menacé par son aorte. La dilatation de ce vaisseau peut devenir d'ordre anévrysmal et de la bénignité passer à la gravité la plus grande. En outre, il est jeune, et la lésion a le temps d'arriver à sa période ultime. L'élasticité des parois étant d'autant plus détruite que le cœur vieillit et qu'il s'hypertrophie; car il arrive un moment où cette hypertrophie a une limite qu'elle ne peut dépasser et il survient de l'asystolie.

Le traitement sera bien simple, Messieurs; tout d'abord je donnerai du salicylate de soude pour calmer ses douleurs rhumatismales, et lorsqu'elles seront disparues, on assurera la diurèse en donnant du lait et de l'iodure de potassium. Enfin, je lui recommanderai de ne faire aucun effort.

CONGRÈS FRANCAIS DE CHIRURGIE

Huitième session tenue à Lyon du 9 *au* 13 *octobre* (1)

CHIRURGIE DU COU ET DE LA POITRINE

A la première séance, M. Roux (de Lausanne) a fait une communication sur une **nouvelle série de 117 opérations de goîtres** avec 115 succès opératoires. Ce chirurgien suit la méthode de Kocher et emploie presque toujours l'anesthésie locale, il n'a jamais observé de myxœdème post-opératoire.

M. Zancarol (d'Alexandrie) donne le résumé de sa pratique sur la **cure radicale des adénites chroniques du cou**, qui est celle suivie un peu partout, extirpation et, quand il y a suppuration, curettage.

M. Vautrin (de Nancy) a fait l'étude de la **résection costo-pleurale** pour faire l'extirpation complète de certains sarcomes du sein. Deux fois il a dû pratiquer la thoracotomie et cela avec succès.

Citons maintenant l'observation de M. A. Reverdin (de Genève) sur une **plaie de poitrine par balle de revolver**; la balle avait traversé le poumon et le diaphragme, ce qui produisit une véritable insufflation de l'abdomen; malgré la pleurotomie, le malade mourut.

Enfin terminons les communications sur le thorax par celle de M. Hassler (de Lyon), ayant trait à un malade atteint **d'abcès tuberculeux du médiastin antérieur** à la suite du choc d'un sac de 23 kilogr. sur la région thoracique antérieure. La tumeur faisait saillie à l'extérieur, et il existait de plus des signes marqués de compression du médiastin antérieur : dyspnée, dilatation des veines du cou, etc. La poche apparente fut incisée; un orifice profond se montra qui fut dilaté, puis le sternum fut largement trépané, la poche nettoyée et la suture cutanée pratiquée. Le sujet revint en deux mois à son poids moyen et a repris son métier de marbrier.

CHIRURGIE DES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU TUBE DIGESTIF ET DES ANNEXES

La chirurgie des viscères abdominaux devait tenir une grande place dans les discussions du congrès et nous relevons, en effet, d'intéressantes communications. Tout d'abord celle de M. Monod sur le **diagnostic et le traitement** de l'appendicite. L'étude de

(1) Voir *Union médicale* du 23 octobre 1994.

22 cas de cette affection l'a convaincu que l'intervention chirurgicale est, pour ainsi dire, toujours indiquée et qu'elle doit être aussi précoce que possible.

Sur ces 22 cas, il compte 17 guérisons et 5 morts, dont 3 peuvent être attribuées au retard, voulu ou obligé, apporté à l'intervention, les deux autres sont dus à des complications.

Chez tous ses malades, il a trouvé du pus, collecté ou non, autour de l'appendice, dans 3 cas, quarante-huit heures après le début des accidents ; dans 4 cas, deux jours après, et deux fois au quatrième jour.

Le diagnostie doit être précoce. Il ne faut pas attendre la tumeur évidente, l'œdème ou la rougeur : la connaissance d'accidents antérieurs d'appendicite ; le début brusque des accidents actuels ; la rétraction de la paroi abdominale ; enfin, et surtout une douleur vive, spontanée et à la pression à quatre travers de doigt de l'épine sur la ligne spinoso-ombilicale, suffiront pour permettre de le porter.

Quant au mode d'intervention, il préconise une incision qui est à peu de chose près celle de la ligature de l'iliaque, rapprochée de la crête pour éviter les éventrations. Si la découverte de l'appendice est facile, on le réséquera ; sinon, on se contentera d'évacuer le ou les foyers, en ayant soin de rechercher les foyers secondaires. Il ne réunit pas la plaie, qui est drainée.

M. Ricard prend la parole et confirme ce que vient de dire M. Monod.

Il a eu l'occasion de traiter seize malades atteints d'appendicites suppurées et a enregistré quatre cas de mort, qui tous ont été dus au retard dans l'intervention.

Il faut donc intervenir aussi vite que possible. M. Ricard tient d'autant plus à affirmer sa manière de voir que les deux premiers malades, auquel il a fait allusion dans sa communication, étaient deux enfants de médecin, dont les parents ont refusé l'opération jusqu'à la dernière minute, ne se décidant que lorsque tout était complètement perdu.

M. Roux (de Lausanne) insiste aussi sur la nature et le traitement de l'appendicite. Il a pu, chez le porc, produire des appendices artificiels, dans lesquels il a inclus des corps étrangers ; il a pratiqué la ligature des artères nourricières de ces appendices ; et il conclut que ni la présence d'un corps étranger ni les troubles circulatoires ne sont suffisants pour déterminer la gangrène et la perforation de l'appendice, il faut une lésion de la muqueuse, qui détermine une ulcération et une infection. L'appendicite est un véritable phlegmon de l'appendice.

M. Villard (de Lyon) vient également faire connaître au congrès le résultat de ses études expérimentales sur les **résections intestinales pratiquées suivant la méthode de Murphy.** Il a déjà traité ce sujet dans le *Lyon médical.* Voici ses conclusions :

1° La méthode de Murphy dans les résections intestinales et les entéro-anastomoses, semble devoir être prise en sérieuse considération.

2° La simplicité du procédé, qui le met pour ainsi dire presque à la portée de tous, sa rapidité et sa sûreté en sont les principaux avantages.

3° Les inconvénients des sutures intestinales, tels que la longueur de l'intervention et le shock consécutif, nous ont paru évités par cette méthode. De ce fait, les indications des résections intestinales et des anastomoses doivent s'étendre beaucoup, notamment dans le traitement des étranglements intestinaux, avec mauvais état général du malade.

4° Enfin, il faut faire des réserves au point de vue de la possibilité d'un rétrécissement intestinal tardif, fait que démontreraient des recherches ultérieures.

M. Michaux (de Paris) fait une communication sur **l'intervention chirurgicale**

immédiate en cas de perforation des ulcères simples de l'estomac. Notre confrère rapporte son observation. Il put opérer son malade sept à huit heures après la perforation. L'occlusion de la perforation fut difficile, l'ulcère siégeait haut et profondément près du cardia, et les bords friables cédaient sous la traction des fils. Malgré une fistule persistante, mais ne communiquant pas avec l'estomac, la guérison complète et définitive fut obtenue cinq mois après l'intervention. A l'occasion de ce cas intéressant, M. Michaux a fait des recherches sur l'ulcère simple et sur les indications chirurgicales auxquelles il peut donner lieu :

La perforation est une complication fréquente de l'ulcère, 13 p. 100 (Brinton).

Si l'ulcère est plus fréquent à la paroi postérieure et dans la région pylorique, les perforations s'observent surtout à la face antérieure et près du cardia.

Condition moins avantageuse, l'ulcère est souvent multiple : Brinton en a relevé 97 cas sur 463 observations.

Quand la perforation se produit, il en résulte une péritonite générale, une péritonite localisée ou une fistule muqueuse. On peut reconnaître la perforation aux signes suivants :

Douleur épigastrique atroce, sensation de brûlure, de déchirure intérieure accrue par l'ingestion des aliments, rétraction du ventre, disparition de la matité hépatique, vomissements rares ou nuls, enfin signes de péritonite avec élévation de température ou bien collapsus, hypothermie, ballonnement du ventre.

L'intervention dans ces cas s'impose. Elle a été préconisée et pratiquée pour la première fois par Mickulicz, en 1884. Après lui, Stheintal, Nissen, Korte, Czerny, Stelzner, Kriege l'ont pratiquée en Allemagne. En Angleterre, Hastings Gilford, Haward, Lee Dickinson, Morse, Maclaren y ont eu recours. Notre savant collègue, M Roux (de Lausanne), l'a exécutée une fois avec plein succès. Les opérations de ce genre, faites en France, appartiennent à MM. Poncet, Walther, Le Dentu et à lui-même.

L'orateur entre ensuite dans les détails de la technique opératoire.

L'opération a été pratiquée 25 fois : les 10 premiers cas ont été mortels, les 15 suivants ont donné 5 guérisons et 10 morts. Le premier succès appartient à Kriege (de Berlin), les autres à Morse (de Norwich), à Maclaren (de Carlisle), à Roux (de Lausanne), et le dernier est celui que M. Michaux vient de communiquer..

La plupart des insuccès sont dus à une intervention trop tardive, ou à une perforation oubliée. Intervention aussi rapide que possible, dans les quinze premières heures ; intervention large : voilà les deux règles qu'il est important de poser.

Avec MM. Février et Adam (de Nancy), nous abordons l'étude de **l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen avec lésions de l'intestin.** Des expériences faites sur le chien, de la lecture des faits publiés, nos confrères sont arrivés à certaines conclusions pratiques, dont voici les principales :

« Lorsque la contusion est intense, la perforation intestinale peut être complète ou incomplète ; son siège peut être quelconque. Lorsque la perforation est incomplète, les lésions sont surtout prononcées du côté des tuniques internes. La séreuse résiste plus que la muqueuse et la musculeuse ; la perforation se fait de dedans en dehors, et la surface de l'intestin paraît peu atteinte.

« Plus fréquemment, on observe la rupture de l'intestin ou plutôt sa déchirure. Au-dessus et au-dessous de celle-ci, l'intestin subit un resserrement. L'anse blessée est gonflée, tuméfiée ; à 8 ou 10 centimètres en aval et en amont de la déchirure, l'anse est doublée de volume, se continuant par des segments rétrécis avec l'intestin normal. La coloration de l'anse est foncée, violacée ; sa consistance est spéciale, plus résistante ; l'anse est plus épaisse. Quatre fois ils ont vu des lésions multiples et plusieurs anses inté-

ressées à la fois. Dans ce cas, les lésions se superposent, c'est-à-dire les anses blessées sont comprises dans le même plan antéro-postérieur allant du point de la paroi traumatisée à la colonne vertébrale. Les perforations sont d'autant plus graves qu'on se rapproche davantage du rachis, celui-ci formant surtout le corps vulnérant.

C'est toujours au niveau du point frappé qu'on trouve l'anse lésée, ou sur la face antérieure du rachis. Le mésentère est souvent déchiré.

Chez l'homme, outre la perforation par écrasement, on peut trouver la perforation par éclatement. La séreuse alors est plus déchirée que les autres tuniques ; d'où une déchirure en forme de cône à base externe. L'anse lésée a absolument les mêmes caractères que ceux décrits plus haut chez l'animal (gonflement, rougeur, etc).

Etant donné ce que nous savons, dans les contusions de l'abdomen, du siège des lésions, des caractères de l'anse traumatisée, des lésions du grand épiploon et du mésentère qui sont déchirés souvent tous deux, il faut intervenir par la laparatomie, faire une incision médiane de 12 centimètres environ, rechercher le grand épiploon. Si celui-ci présente des ecchymoses, le siège du foyer traumatique est là ; s'il n'en présente pas, il faut le relever, chercher la présence d'un caillot, d'une anse distendue, gonflée.

Si on ne trouve pas celle-ci, il faut introduire davantge la main dans l'abdomen, jusque sur les côtés du rachis.

Si on trouve à ce niveau une anse grosse, rugueuse, irrégulière, c'est l'anse malade. Cela fait, il faut attirer au dehors tout le paquet intestinal situé entre cette anse et la paroi abdominale dans le plan antéro-postérieur. »

M. Championnière aborde le sujet de la **cure radicale des hernies ombilicale et épigastrique**. Pour la hernie ombilicale, le chirurgien de Saint-Louis pose, comme temps opératoires nécessaires, les trois temps suivants : Destruction du plan glissant ; fermeture des membranes constituant la surface glissante (pédicule du sac); suture des parois à plans multiples pour constituer la cicatrice la plus solide possible. L'excision de l'ombilic ou omphalectomie est une nécessité, dans la plupart des cas, au cours de la dissection du sac.

Pour les grosses hernies, on doit fatalement être plus ménager de la paroi. En augmentant la tension de la paroi, on augmente les chances de récidive. Il faut réséquer tout l'épiploon hernié et tout celui qui peut être extrait, et multiplier les plans de suture.

Dans les hernies petites ou de moyen volume, ne dépassant guère le volume d'un œuf, les résultats immédiats et définitifs ont été excellents.

Pour les très grosses hernies, l'opération donne de très bons résultats, parce que l'on fait disparaître les accidents. Mais la tendance à la récidive est très grande. Dans ces cas, le port d'une ceinture prévient et retarde le retour des hernies.

La véritable chirurgie de la hernie *consiste à ne jamais la laisser grossir*. Telle est l'opinion de M. Championnière adoptée universellement aujourd'hui.

La hernie épigastrique n'a presque jamais de tendance à augmenter notablement de volume. Elle est habituellement douloureuse et souvent accompagnée de vomissements et troubles intestinaux divers, accidents peu explicables, du reste.

L'opération est facile et très efficace à la condition d'être faite très largement. Il n'y a jamais de récidive. Il faut donc toujours conseiller l'opération.

M. Heydenreich (de Nancy) entretient le Congrès des **fistules recto-vaginales à siège très élevé**. Il a eu à traiter une fistule recto-vaginale située au fond du cul-de-sac vaginal et il a cru devoir l'aborder par la voie sacrée.

Son observation, malgré un résultat incomplet, montre que la voie sacrée permet d'aborder les fistules recto-vaginales situées très haut et de les traiter avec succès. Il est

indiqué, lorsqu'on est arrivé sur la fistule, de fermer isolément l'ouverture rectale et l'ouverture vaginale. S'il existe un foyer de suppuration intermédiaire entre les deux ouvertures, on s'efforcera de le désinfecter et on assurera un écoulement au pus en ne fermant pas complètement la plaie de la région sacrée. L'opération par la voie sacrée permet donc de s'attaquer à tous les éléments qui constituent la lésion : l'ouverture rectale, l'ouverture vaginale et la poche intermédiaire aux deux ouvertures.

Dans le cas de M. Heydenreich, il n'a pas été possible de réaliser entièrement ce plan opératoire. Malgré cela, et bien que la suture rectale ait cédé au bout de huit jours, les matières fécales n'ont jamais repassé par le vagin.

Aurait-on pu obtenir un succès par une autre méthode ? En opérant par le vagin, même avec le secours de l'incision ischio-rectale de M. Michaux, on pouvait tout au plus espérer fermer l'ouverture vaginale ; mais on laissait subsister une poche purulente envahie par les matières fécales et prête à provoquer de nouveaux accidents.

Citons encore les travaux de M. Gangolphe (de Lyon) sur **l'épanchement séro-hématique** du péritoine comme **nouveau signe de l'occlusion intestinale**. Ce chirurgien apporte un nouveau fait à ajouter aux deux qu'il a publiés l'an dernier, et terminons par la communication de M. Campenon (de Paris) **sur la voie vaginale dans les excisions pour rétrécissement non cancéreux du rectum.**

Voici le procédé qu'il indique. La femme étant couchée dans le decubitus dorsal, on introduit le doigt dans le rectum, puis on sectionne par transfixion toute la paroi recto-vaginale, tranchant aussi la fourchette et l'anus ; on a ainsi une vaste plaie. Puis on place des fils à droite et à gauche de cette valve vulvo-anale ainsi obtenue. Puis on fait une incision transversale parallèle à l'anus, à la limite inférieure du rétrécissement. On dissèque ensuite de bas en haut le rectum et on isole le rétrécissement dans toute sa longueur. On fait ensuite une seconde incision transversale à la limite supérieure du rétrécissement mobilisé et on excise ce dernier. Enfin on suture la partie supérieure du rectum à la partie inférieure, et on reconstitue le sphincter instantanément par des points de suture spéciaux. On finit l'opération par une périnéorraphie.

La guérison de la malade opérée par M. Campenon fut complète et elle retient parfaitement ses matières.

MM. Lannelongue et Mauclaire apportent un nouveau procédé de **topographie cranio-cérébrale**. Les points de repère ont trait à l'enfant et résultent de l'étude de 52 crânes d'enfants de deux à quatorze ans. Voici comment s'exprime M. Mauclaire :

« Notre ligne d'opération est une ligne courbe horizontale apophyso-orbito-sus-protubérantielle. Elle part de l'angle supéro-externe de l'orbite et de la partie moyenne de l'apophyse ; elle aboutit en arrière, sur la ligne sagittale, au-dessus de la protubérance occipitale externe.

« Est-il facile de tracer cette ligne courbe horizontale ? Oui, évidemment, d'après P. Broca, qui conseillait de mettre la tête dans la position du regard horizontal. Quelques auteurs sont cependant d'un avis différent. Nous ne saurions les suivre dans cette voie, car si l'on prend l'apophyse zygomatique comme point de repère, cette ligne est suffisante pour la pratique.

« Or, la branche antérieure de l'artère méningée moyenne répond approximativement à l'union du 1/10 antérieur avec les 9/10 postérieurs de notre ligne proportionne le.

« D'après nos recherches, l'extrémité supérieure du sillon de Rolando est, chez les enfants brachycéphales, à 1 centimètre et demi en arrière du point mi-sagittal. Quant à l'extrémité inférieure de ce sillon, il faut, pour la déterminer, chercher le point de jonction du 1/5 antérieur avec les 4/5 postérieurs de notre ligne proportionnelle, et élever en ce point une perpendiculaire de hauteur égale à 1/5. Cette perpendiculaire est facile

à tracer avec un simple morceau de carton taillé à angle droit, une carte de visite, par exemple.

« Pour déterminer le pied de la troisième circonvolution frontale, il faut, au niveau du point de jonction du 1/6 antérieur avec les 5/6 postérieurs de notre ligne proportionnelle, élever une perpendiculaire de hauteur égale à ce 1/6. Très près du sommet de celle-ci (3 à 4 millimètres au moins) se trouve le centre de P. Broca.

« Pour déterminer la région du pli courbe, il faut, à l'union des 2/3 antérieurs avec le 1/3 postérieur de notre ligne proportionnelle, élever une perpendiculaire ayant ce même tiers en hauteur. Au sommet, se trouve l'extrémité postérieure de la branche postérieure de la scissure sylvienne.

« En ponctionnant sur cette ligne courbe horizontale, au niveau du méat auditif externe, on tombe dans la corne sphénoïdale des ventricules cérébraux.

« Les opérations récentes de cranioplastie permettent de soulever de larges lambeaux osseux du crâne et ne rendent pas nécessaire un procédé rigoureux permettant de trouver à un centimètre près un centre cherché. Chez l'enfant, ces résections ostéoplastiques (qui ne seront utiles que si les lésions sont étendues) doivent être remplacées par une intervention moins délabrante, c'est à dire l'application d'nne ou deux couronnes de trépan.

« En lisant le relevé de nos pièces justificatives, on est frappé des variations de lon gueur des lignes utilisées : cela montre qu'il existe des variations individuelles dont il faut tenir compte ; c'est la réfutation des procédés dans lesquels les points de repère sont représentés par des chiffres absolus. »

M. Chervin (de Paris), lit un travail sur l'**orthophonie méthodique consécutive aux staphylorraphies.** On sait qu'après l'intervention du chirurgien, si on néglige le traitement orthophonique, on n'a aucune amélioration de la voix : l'opération a été inutile. Trélat insistait beaucoup sur la nécessité du traitement orthophonique post-opératoire.

M. Raugé (de Challes) fait une communication sur les **progrès de la chirurgie du sinus maxillaire depuis dix ans.** A côté de l'abcès aigu, de l'empyème de l'antre d'Highmore, il existe une forme silencieuse d'abcès qui ne se traduit que par la présence du pus dans les fosses nazales.

Ces deux variétés cliniques ne sont que des formes ou des degrés d'une seule et même affection ; elles expriment l'une et l'autre la présence du pus dans le sinus, mais tandis que, dans la première, le pus retenus dans la cavité signale extérieurement sa présence par les symptômes éclatants d'un véritable phlegmon de la face ; dans l'autre, il s'écoule à travers l'orifice naturel : ces deux formes portent le nom d'*empyème fermé* et d'*empyème ouvert.*

Avant l'emploi de la rhinoscopie, on ne connaissait que la première variété, la seule visible. Mais depuis que l'examen direct a permis de constater la seconde, on l'a reconnue très fréquente.

Cette forme de l'abcès maxillaire (empyème latent) est d'ailleurs la plus difficile à reconnaître ; son diagnostic ne repose que sur l'analyse d'un symptôme, la suppuration nasale. Bien que cette supuration présente certains caractères qui la spécialisent un peu au milieu des rhinorrhées vulgaires (unilatéralité, intermittence, fétidité ,siège dans le méat moyen), tous ces signes sont infidèles. Pour faire un diagnostic ferme, il n'est qu'un moyen : voir le pus. On y parvient de deux manières, soit en constatant du dehors sa présence dans le sinus même (éclairage de la face par transparence, suivant le procédé d'Heryng), soit en retirant du sinus un échantillon de ce pus (cathétérisme

par l'orifice naturel, ponction par le méat inférieur ou par le bord alvéolaire, lavage explorateur, aspiration).

Le traitement des abcès du sinus n'a pas fait autant de progrès que leur pathogénie et leur diagnostic. On discute encore aujourd'hui la valeur comparée de la trépanation et des lavages par l'orifice naturel. Ce dernier procédé semble toutefois gagner lentement du terrain. Quant au choix à faire, entre les différentes méthodes de trépanation, il semble que la ponction par l'alvéole d'une molaire soit de plus en plus en faveur. L'ouverture par la fosse canine est réservée aux cas rebelles.

M. Adenot (de Lyon) se déclare partisan de l'**arrachement du bout périphérique des nerfs sectionnés dans le traitement des névralgies rebelles de la face.**

Cette petite opération n'a pas la gravité des grands délabrements causés par l'ablation du ganglion de Beckel ou des méthodes qui s'adressent au bout central, et cependant elle donne des résultats identiques. Il semble qu'il est tout au moins raisonnable d'y recourir avant d'en arriver aux opérations plus graves.

Il limite son travail aux résultats obtenus pour le nerf sous-orbitaire, abordé soit à la sortie de l'orbite, soit à l'émergence faciale ; il faut tirer doucement et longuement sur le bout périphérique du nerf ; on en tire ainsi 6, 8, quelquefois 10 centimètres, et les rameaux anastomotiques viennent en même temps que le rameau principal. Dans aucun cas, il n'a observé de récidive ; les auteurs qui l'ont observée n'avaient peut-être pas tiré assez longuement et assez doucement. Il ne nie pas qu'elle soit possible, mais il sera toujours temps, quand elle se sera produite, d'en venir aux grandes opérations.

A rapprocher de ces faits une observation de M. Raffin (de Lyon) de **névralgie du nerf dentaire inférieure, guérie par la résection du nerf.** Après cinq années de vives souffrances, le malade fut traité par la section du nerf frontal, du nerf sous-orbitaire et du nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spyx. Le résultat immédiat fut excellent, mais les douleurs reparurent au bout de trois mois environ. Il fallut pratiquer la résection du nerf dentaire inférieur, depuis le trou mentonnier jusqu'au masséter. Depuis huit mois, la guérison s'est maintenue.

M. Broca (de Paris) nous donne le résultat de 87 **trépanations de l'apophyse mastoïde** sur 82 sujets : 13 sujets sont morts consécutivement, mais de maladies intercurrentes, 1 seul est mort à la suite de l'intervention.

Ces faits se décomposent ainsi :

1° 37 cas de mastoïdite aiguë avec otite moyenne aiguë donnant 29 guérisons complètes. L'opération par le procédé de Schwartz est facile et bien réglée, sa mortalité est nulle. L'incision de Welde doit être abandonnée ;

2° 33 cas de fistules mastoïdiennes, la plupart consécutives à l'incision de Wilde, ont donné, après trépanation, 23 guérisons.

M. Broca combat le procédé de M. Chaput qui expose à blesser le facial ; il insiste sur la nécessité d'un traitement post-opératoire se prolongeant pendant six mois environ.

11 abcès mastoïdiens consécutifs à des otites chroniques ont donné, après trépanation, 5 guérisons.

Les suppurations chroniques de l'attique sont justiciables de l'opération de Stacke.

MM. Picqué (de Paris) et Février (de Nancy) étudient l'**anatomie pathologique et le traitement de l'hydrocéphalie.** Les lésions sont multiples : du côté du squelette, on remarque l'élargissement du trou occipal et du canal rachidien ; du côté du système nerveux, l'absence fréquente du corps calleux, des nodosités hétérotopiques de substance grise, des allongements des lobes inférieurs du cervelet, lésion qu'on ne rencontre jamais dans l'hydrocéphalie acquise.

Ces lésions expliquent les insuccès de l'intervention chirurgicale dans l'hydrocéphalie. Sur 13 cas opérés, MM. Picqué et Février relatent 12 morts ; le seul malade qui ait survécu est resté idiot.

Enfin, pour en finir avec les affections chirurgicales de la tête, citons la communication de M. Leriche (de Nice) qui a pratiqué la **trépanation du rocher pour extraire une balle de revolver** qu'un malade s'était logée dans l'oreille, dans une tentative de suicide. Malgré l'ouverture de la cavité cranienne, l'extraction d'une esquille, le malade guérit facilement. Pendant plus d'un an, il conserva une fistule et un écoulement de liquide céphalo-rachidien. Il persiste une paralysie faciale due à la section du nerf. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1894. — Présidence de M. Rochard

Le surpeuplement des habitations à Paris

Le docteur J. Bertillon fait à l'Académie de médecine une lecture sur le degré de surpeuplement des habitations à Paris et dans les principales villes de l'Europe.

Il ne suffit pas, pour faire une statistique de l'habitation, de savoir combien il existe de logements de telle et telle valeur, ni combien il y a de logements composés de tel et tel nombre de pièces, il faut surtout savoir combien il y a d'habitants dans chacune de ces catégories de logements. Cette recherche, qui est faite depuis un certain temps déjà en Allemagne, en Autriche, en Russie et dans quelques autres pays, la ville de Paris l'a entreprise au moment du dernier recensement sur la proposition de M. Bertillon.

On arrive ainsi à trouver dans le système fiscal de la ville de Paris de singulières anomalies. On sait que la Ville exempte très généreusement d'impôt mobilier les logements valant moins de 500 francs de loyer (c'est-à-dire qu'elle fait payer par les autres contribuables l'impôt de ces logements) ; cependant, lorsqu'un individu vivant seul occupe deux pièces à lui tout seul, peut-on dire que son faible loyer est un indice de pauvreté ? — Evidemment non, la seconde pièce qu'il occupe est pour lui une sorte de luxe et prouve amplement qu'il peut payer ; et, pourtant, c'est en raison même de ce logement, trop grand pour lui, qu'il est dispensé d'impôt aux dépens des autres. M. Bertillon établit que sur 523,596 logements exemptés d'impôt, il y en a environ 400,000 qui, en raison du peu d'habitants qu'ils contiennent, ne sont pas indice de pauvreté.

Au contraire, il y a un certain nombre de logements, plus considérables, qui sont surpeuplés ; c'est le cas, par exemple, lorsqu'un logement de trois pièces est occupé par sept, huit ou dix personnes et davantage encore. La conclusion de ce qui précède est que l'on devrait tenir compte pour le calcul de l'impôt, non seulement du montant du loyer, mais aussi du nombre de personnes qui vivent dans le logement.

M. Bertillon estime qu'un logement est encombré ou *surpeuplé* lorsque le nombre de ses habitants dépasse le double du nombre de pièces qui compose ce logement. A ce compte, il y a, à Paris, 332,000 personnes, soit 14 pour 100 de la population qui sont d'encombrement aux dépens de l'hygiène et même de la morale.

Naturellement cette proportion varie beaucoup d'un arrondissement à l'autre. Si l'on dresse la carte de l'encombrement à Paris, on trouve que cette carte ressemble absolument à la carte de la mortalité. Les maladies transmissibles et notamment la plus terrible de toutes, la phtisie, sont beaucoup plus répandues dans les arrondissements où le surpeuplement des logements est fréquent que dans ceux où il est rare. Ce résul-

tat, sans doute, est important, cependant sa principale cause s'explique d'elle-même. Plus les familles sont nombreuses, plus il est fréquent de les voir souffrir d'encombrement. Ici, encore, nos lois fiscales les frappent injustement au profit des familles les moins nombreuses.

Une partie importante de la population de Paris souffre donc de surpeuplement. On ne peut comparer ici Paris aux grandes villes de province, puisque cette recherche n'a été faite que dans la capitale. Mais on peut comparer Paris aux grandes villes étrangères.

Disons-le tout de suite : si les Parisiens sont trop souvent mal logés, les habitants de Berlin, de Vienne, de Budapest, de Saint-Pétersbourg, de Moscou, et probablement aussi (d'après des statistiques incomplètes) ceux de Londres le sont beaucoup plus mal encore.

A Paris, l'homme le plus pauvre a un logement à lui ; nous ne connaissons pas les *schafleute* si nombreux dans les villes étrangères, c'est-à-dire ces malheureux qui louent un lit (et quelquefois une portion de lit ou simplement un coin de chambre) dans le logement occupé par la famille d'un autre malheureux. Nous ne connaissons pas les logements dans les caves (ou plus exactement dans le sous-sol) que l'on trouve en assez petit nombre dans les Flandres et qui sont très fréquents dans les villes allemandes et notamment à Berlin, à Vienne et à Budapest où on les trouve dans le centre même de la ville.

Quant au surpeuplement, il est bien plus fréquent dans ces villes qu'il ne l'est à Paris. Voici quelques chiffres que M. Bertillon n'a, d'ailleurs, présentés qu'avec des réserves, car les différences de définitions rendent les statistiques difficiles à comparer. A Paris, 14 pour 100 de la population souffre d'encombrement ; à Berlin, cette proprotion s'élève à 28 ; à Saint-Pétersbourg, à 46 ; à Moscou, à 31 ; à Vienne, elle s'élève à 28 ; enfin, à Budapest, le surpeuplement est encore plus fréquent et 71 pour 100 des habitants de cette ville pourtant si monumentale et si belle, vivent dans un état fâcheux de promiscuité.

Mais le fait que les autres souffrent plus que nous, ne doit pas nous faire fermer les yeux sur le malheur de nos propres citoyens. Une meilleure répartition de l'impôt serait un acte de justice, mais ne serait qu'un palliatif au mal. Il faut surtout favoriser la construction de maisons ouvrières rendant moins difficile et moins dangereuse pour les intérêts du propriétaire la gestion de ces maisons.

Ce serait peut-être sortir des attributions de l'Académie que de développer davantage cet important côté du sujet ; mais il importait de lui signaler le degré de fréquence du surpeuplement et la gravité de ses conséquences.

La variole à Paris

M. Hervieux : Depuis cinq semaines on n'a pas constaté un seul décès de variole à Paris, ce qui n'a pas été observé depuis 15 ans. Il est d'autant plus remarquable que l'épidémie qui a débuté à Paris l'an dernier paraissait devoir s'aggraver avec la plus grande rapidité et que la mortalité des premières semaines était semblable à celle des premières semaines des épidémies antérieures. Or, celles-ci ont toujours duré plusieurs années et ont fait un nombre considérable de victimes.

La quinine dans l'influenza

D'après M. Massé (de Toulouse), la quinine, prise à doses élevées, modifie heureusement les phénomènes d'intoxication et garantit l'organisme contre les infections secondaires.

La bicyclette dans la thérapeutique rénale

M. A. Robin relate l'observation d'un homme atteint de gravelle urique et oxalique

chez lequel, à la suite d'un usage modéré de la bicyclette (trois quarts d'heure chaque matin sur un terrain plat et uni), les dépôts urinaires diminuèrent notablement.

Les analyses d'urine qui furent pratiquées avant, pendant et après cet exercice dénotèrent une diminution notable de l'acide urique : il est tombé de 1.046 à 0.67 ; les autres principes de l'urine n'ont subi que des variations insignifiantes.

L'exercice vélocipédique modéré diminue donc dans de grandes proportions l'excrétion de l'acide urique. Cette diminution n'est pas le résultat d'un défaut d'élimination, car l'excrétion d'acide urique est la même à la période de repos et à la période d'exercice : il y a donc véritablement diminution dans la formation de l'acide urique.

L'orateur communique ensuite l'observation d'un homme de 44 ans, athéromateux, qui présente depuis près d'un an des traces d'albumine dans son urine et qui est probablement atteint d'une sclérose rénale commençante.

Ce malade a été soumis à la même expérience que le précédent et voici quels en ont été les résultats : avant l'usage de la bicyclette il rendait par 24 heures 0 gr. 175 millig. d'albumine ; pendant le temps où il monta à bicyclette il en rendit 0 gr. 380, et, après, 0 gr. 162. Sans vouloir généraliser, on peut donc conclure de ce fait que l'usage, même modéré, de la bicyclette doit être déconseillé aux personnes qui ont des traces d'albumine dans l'urine, du moins quand on a des raisons de croire que cette albuminurie est due à un commencement de sclérose rénale.

COURRIER

Ecole principale de médecine navale de Bordeaux. — M. le médecin en chef Bourru est nommé directeur de l'Ecole principale de médecine navale à Bordeaux. M. Bourru, actuellement à Paris pour assister aux séances du conseil de perfectionnement de cette école, entrera en fonctions le 20 octobre.

Affaire Lafitte. — Le 22 octobre, une délégation de l'Association de la presse médicale, composée de MM. Haussmann et Gauthier de Clagny, conseils et défenseurs judiciaires du docteur Lafitte ; Cornil et Cézilly, syndics de l'Association ; Marcel Baudoin, secrétaire général ; Gilles de la Tourette, membre, a été reçue par M. le Président de la République, puis par M. le Garde des sceaux au ministère de la justice. Cette délégation a remis à M. Casimir-Périer et à M. Guérin un mémoire à l'appui de la demande de grâce.

Nous rappelons que la souscription en faveur des enfants du docteur Lafitte reste ouverte chez M. le docteur Baudoin, 14, boulevard Saint-Germain. Le bureau de l'Association dément, *de la façon la plus catégorique*, les bruits plus ou moins bizarres qu'on fait courir dans certains milieux médicaux sur les antécédents du docteur Lafitte. D'ailleurs toutes les pièces du procès se trouvent actuellement chez M. le docteur Baudouin ; et le secrétaire général de l'Association peut les communiquer à tous les médecins qui en manifesteront le désir.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale : La contagion de la rougeole. — II. Congrès français de chirurgie. — III. La Société de chirurgie. — IV. Revue de la presse française. — V. Faculté de médecine de Paris : Cours. — VI. Courrier.

REVUE GÉNÉRALE

—

La contagion de la rougeole

Les modalités de la contagion de la rougeole doivent être étudiées avec grand soin, étant donnée l'importance des mesures prophylactiques à diriger contre la diffusion de la maladie.

Dans sa thèse, en 1882, Béclère admettait : que la rougeole n'était pas contagieuse après la période d'éruption ; — que le contage ne se diffusait dans l'atmosphère que d'une façon très limitée ; — qu'il ne restait pas dans les lieux occupés par les malades ; — qu'il était très rarement transporté par les personnes et les objets.

Pour Grancher : l'agent contage de la rougeole, s'il se transmet par l'atmosphère, n'est pas très diffusible, car dans une salle d'hôpital d'enfant où pénètre par erreur un rubéoleux, le plus grand nombre des enfants susceptibles de prendre la rougeole échappe à la contagion. — La contagion de la rougeole se fait par petites épidémies qui s'éteignent spontanément et ne renaissent qu'après l'entrée, dans les salles, d'une nouvelle rougeole. — Si la contagion de la rougeole se fait par l'atmosphère, cette contagion n'est pas limitée à la région voisine du malade, il n'existe pas autour des rubéoleux une zone dangereuse de quelques mètres. —La contagion de la rougeole peut se faire sûrement par le transport à distance des germes contagieux à l'aide des mains ou des vêtements d'une tierce personne.—Tous les cas de contagion qui surviennent dans les salles à toutes distances des rubéoleux et dans toutes les directions peuvent s'expliquer très bien par ce mode de contage.

La réalité de la contagion indirecte est démontrée par un certain nombre de faits. En voici un des plus nets dû à Killer (cité par Barbier). Un homme, venant d'un village où règne la rougeole et ayant lui-même ses enfants malades de la rougeole, vient rendre visite à un ami dans une localité voisine. Celle-ci est absolument indemne. Pendant que les deux hommes causent, un enfant de la maison, âgé de 9 mois, reste dans la chambre, et quelques jours après, il est atteint d'une rougeole qui fut grave. Fiessinger, d'Oyonnax, a vu des cas de contagion se produire par l'intermédiaire d'une plaque de coton qui avait été mise, quatre mois auparavant, sur la poitrine de rubéoleux.

Nous avons vu plus haut que Grancher faisait jouer au transport du germe par des tierces personnes le rôle le plus important dans la propagation de la rougeole dans les hôpitaux d'enfants. Hutinel, Deschamps ont fait voir aussi que très fréquemment les lits voisins des rubéoleux restaient indemnes tandis que des lits éloignés étaient frappés. Cependant, B.-T. Martin croit que, dans les cas de ce genre, il peut y avoir aussi contagion par l'air et il recommande de noter attentivement le sens et la

direction des mouvements de l'air autour d'un rubéoleux et l'influence que le balayage de la salle exerce sur la propagation de la maladie.

La relation faite par M. Mercier d'une épidémie qui sévit, en 1890, sur les hommes du 90e de ligne logés dans la caserne Bertrand, à Châteauroux, vient aussi à l'appui de la propagation par l'air. L'épidémie évolua en quatre journées. Le 14 janvier, un cas venant du dehors est reconnu dans le bâtiment A. Première journée, du 25 au 29 janvier, 10 cas dont 8 dans le bâtiment A, sur lesquels 7 sont de la même compagnie que le premier malade. Deuxième journée, du 8 au 12 février ; 11 cas dont 6 dans le bâtiment A et 5 dans le bâtiment C. Troisième journée, du 21 au 25 février, 5 cas dans le bâtiment C et 3 dans le bâtiment B. Quatrième journée, le 8 mars, 2 cas dans le bâtiment B, soit en tout 29 cas de rougeoles, 18 malades ont été atteints par les germes développés chez leurs camarades, il y a eu 1 introducteur et 10 contaminés par lui (première journée). Or, et Mercier insiste sur ce point, des 18 malades des deuxième, troisième et quatrième journées, il y en avait 6 qui couchaient contre les fenêtres, 3 qui n'étaient séparés de la fenêtre que par un lit occupé par un homme ayant déjà eu la rougeole, 2 n'étaient séparés de la fenêtre que par deux lits, et 5 couchaient à des places rapprochées des ouvertures des chambres ; les deux derniers provenaient d'une chambre où il y avait eu auparavant un cas de rougeole.

Viry, Mercier lui-même, dans des épidémies antérieures, avaient déjà remarqué que les hommes qui couchaient près des fenêtres étaient fréquemment atteints ; aussi notre confrère croit-il que le contage morbilleux qui se trouve dans les crachats et les sécrétions nasales desséchées est disséminé avec les poussières par les courants d'air qui entrent dans les ouvertures des chambres. Tandis que les chambres étaient balayées à sec et une partie des poussières au moins jetée par les fenêtres, l'infirmerie, où 11 malades séjournèrent pendant les heures durant lesquelles la rougeole est à son maximum de contagiosité, ne fournit pas un seul cas de contagion.

C'est qu'on ne marchait pas sur le parquet et que le balayage donnait peu de poussières.

D'autre part Sevestre admet l'existence d'une zone dangereuse autour des malades, zone dont l'existence est niée par Grancher.

Il faut encore accorder de l'importance dans la production de la contagion à la *quantité* du contage. Barbier insiste sur ce fait que des infirmières qui entrent dans un service de rubéoliques prennent souvent la maladie, même lorsqu'elles l'ont déjà eu dans leur enfance.

Voici donc deux modes de contagion de la rougeole, la contagion indirecte et la contagion directe. Disons encore qu'il peut exister une contagion intra-utérine, l'enfant venant au monde avec une éruption très nette (Blache et Guersant, Gautier).

La contagion de la rougeole s'exerce surtout dès le début de l'invasion. C'est là un fait admis par tout le monde actuellement. D'après Bard, le maximum de la contagiosité existerait dans le courant du deuxième jour avant l'éruption et dès le début de l'éruption la maladie ne serait plus contagieuse. Cependant il est probable que la contagiosité existe encore à ce moment mais qu'elle est très atténuée ; en tout cas, après l'éruption, tou danger a habituellement disparu. Cependant Guinon a rapporté un cas de contagion neuf jours et Darolles onze jours après l'éruption.

Il suit de ces fait que la prophylaxie de la rougeole est très difficile. On laisse le plus souvent en effet avec les autres enfants, le petit malade qui n'éprouve qu'un léger malaise, semble n'avoir qu'un petit rhume de cerveau. Or, c'est à ce moment que la contagiosité s'exerce avec le plus d'intensité; de plus, comme tout sujet non immunisé par une atteinte antérieure a la plus grande chance de prendre la maladie même s'il ne se trouve en contact que quelques instants et en plein air avec le rubéoleux, on comprend que la diffusion de la rougeole se fait très facilement. On peut dire avec Bard que quand un contagionnant à la période pré éruptive est placé au milieu d'enfants sains, tous ceux à peu près qui sont susceptibles d'être contaminés le sont par lui. D'après le même auteur, la broncho-pneumonie mobilleuse pourrait se transmettre en même temps que la maladie principale et il se réalise ainsi une infection mixte.

Bard a encore soutenu que les germes de la rougeole sont d'assez courte durée pour qu'il n'y ait pas lieu de craindre d'infection persistante des locaux et des objets à l'usage des malades ; il n'y aurait donc pas lieu de désinfecter à la fin de la maladie. Au contraire, pour Barbier, ce serait une grande erreur et un grand danger de négliger les pratiques de désinfection.

Bien que Sevestre pense aussi que la durée de la vitalité du germe en dehors de l'individu vivant ne dépasse pas deux ou trois heures, des faits de Grancher prouvent qu'elle peut persister deux ou trois jours. De plus, un germe qui perd sa virulence n'est pas forcément un germe qui meurt et il résulte de certains faits que des locaux dans lesquels ont habité des varioleux peuvent être dangereux un an plus tard.

Parmi les conséquences de la diffusion de l'instruction se trouve malheureusement l'augmentation du nombre des cas de maladies infantiles contagieuses. C. Munro a montré que, en Angleterre, la proportion des décès par rougeole était de 214 par million d'habitants de 1871 à 1880, et qu'elle s'est élevée à 927 de 1881 à 1890. Pour l'auteur anglais, cette augmentation tient de ce que les enfants fréquentent davantage les écoles; dans les villes anglaises où les agglomérations scolaires sont relativement moins considérables la fréquence de la rougeole est moindre. Munro a aussi noté quet dans un certain nombre de villes, les épidémies de rougeole se produisen, tous les deux ans, ce qui tendrait, d'après Willangsby, à ce que les enfants passent en moyenne deux années dans les écoles infantiles, après quoi ils passent dans des classes où les enfants plus âgés et souvent immunisés par une attaque antérieure sont moins exposés à être contagionnés ; ils sont alors remplacés à l'école infantile par d'autres enfants très prédisposés.

Le contage de la rougeole réside dans le sang, la sécrétion nasale et conjonctivale et enfin la salive. Il y a déjà longtemps, Mouro et Loolke ont inoculé la salive, l'humeur conjonctivale des rubéoleux et ont provoqué le développement de rougeoles qui se montrèrent le 6e jour après l'inoculation. En 1860, Mayr a pu, en déposant du mucus nasal de morbilleux sur la muqueuse nasale de deux enfants sains, obtenir le développement de la maladie dont les premiers symptômes apparurent huit à neuf jours plus tard.

Terminons en rappelant que l'inoculation des produits de la desquamation a toujours été négative.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Huitième session tenue à Lyon du 9 au 13 octobre 1894 (1).

CHIRURGIE DU RACHIS (suite et fin)

Nous avons donné dans notre dernier numéro le rapport de M. KIRMISSON sur cette intéressante question, ainsi que la communication de M. CHIPAULT, travaux qui embrassent l'ensemble de la question ; nous allons maintenant analyser les différents points particuliers du sujet traités par les membres du Congrès.

M. GROSS (de Nancy) apporte au Congrès **cinq cas de chirurgie rachidienne.** Les trois premières observations ont trait à des *traumatismes* et l'intervention n'a pas eu d'heureux effets, les deux autres ont eu pour but de remédier à des *paraplégies pottiques* et dans ce cas le professeur de Nancy conseille comme opération de choix la laminectomie, mais il faut la faire largement ; enlever la lame jusqu'à la base de l'apophyse transverse, sans quoi il est impossible d'explorer entre les racines nerveuses, et impossible de récliner la moelle.

Il attire aussi l'attention sur la pathogénie de la paraplégie. Dans la dernière de ses observations, il trouva la moelle courbée en angle obtus, les méninges avaient une coloration bleue opaque, qui tenait à leur congestion par compression veineuse. Dès que l'abcès fut évacué, la moelle reprit sa forme et les méninges leur coloration normale ; il croit que, dans ce cas, la paraplégie tenait à la congestion veineuse des méninges comprimant la moelle. Cette théorie est opposée à celle de Kraske qui attribue la paraplégie à de l'anémie de la moelle par compression.

Il conclut par ces propositions :

1° L'anatomie pathologique montre des cas où l'intervention opératoire est nettement indiquée ; mais les cas sont rares où les éléments de diagnostic permettent de poser clairement les indications de l'opération ;

2° Même dans les cas où l'intervention est le plus indiquée, elle peut rester impuissante ; le pronostic thérapeutique doit donc toujours être réservé.

Les bons effets des injections iodoformées dans les abcès du mal de Pott, ont fait l'objet d'une nouvelle communication de M. KIRMISSON qui s'en montre très partisan.

Après divers essais faits avec le naphtol camphré et la glycérine iodoformée, il est revenu à l'éther iodoformé. L'écueil de ce mode de traitement, c'est la difficulté qu'on éprouve parfois à vider une poche renfermant des grumeaux caséeux volumineux qui viennent à chaque instant oblitérer la canule. Il est nécessaire en pareil cas de laver l'intérieur de la poche et de délayer son contenu, de manière à en rendre plus facile l'évacuation. Mais, quelque précaution que l'on prenne d'employer à cet usage de l'eau boriquée stérilisée, les résultats lui ont paru moins favorables que dans les cas où il a pu se contenter d'une simple injection iodoformée sans lavage préalable de la poche. Aussi lui semble-t-il préférable de ne pas intervenir d'une manière trop hâtive, mais d'attendre pour cela que la fluctuation soit bien manifeste. Quant au mode d'injection, plutôt que de faire pénétrer dans la poche une grande quantité de la solution d'éther iodoformé il préfère n'introduire dans la cavité de l'abcès que la quantité d'iodoforme qu'il pense pouvoir y laisser séjourner sans inconvénients, soit, suivant le volume de la poche et l'âge du malade, 5, 10 à 15 grammes de la solution d'éther iodoformée à 10 p. 100, représentant 50 centigrammes, 1 gramme ou 1 gr. 50 d'iodoforme.

M. MÉNARD (de Berck-sur-Mer) expose sa conduite dans le **traitement de la pa-**

(1) Voir *Union médicale* du 25 octobre 1894.

raplégie du mal de Pott par le drainage latéral; il cherche par la percussion, de chaque côté de la colonne vertébrale, une différence de sonorité qu'il trouve en ce cas constamment. L'abcès siège sur le côté mat. Il résèque alors de ce côté une ou deux apophyses transverses et l'extrémité des côtes correspondantes au niveau de la gibbosité. Ce chemin conduit directement sur les corps vertébraux, où siège presque toujours l'abcès, et le foyer tuberculeux est ouvert et drainé. Dans tous les cas, la paraplégie a été très améliorée. Au bout d'un mois les malades se tiennent debout et commencent à marcher.

Les résultats éloignés sont moins parfaits.

Ce même chirurgien a obtenu de bons effets du **Traitement des abcès tuberculeux de la coxalgie et du mal de Pott par les injections de naphtol camphré.** Depuis deux ans il a traité 82 petits malades de cette façon; le nombre ordinaire des ponctions est de 8 à 10, la durée du traitement de quatre à douze mois.

M. Fontan (de Calais), indique une nouvelle *voie à suivre pour atteindre le corps des vertèbres lombaires.*

Il fait une incision à 1 cent. de la ligne médiane, fend la masse sacro-lombaire de manière à tomber sur le tubercule apophysaire, puis, en dehors de celui-ci, plonge le doigt pour reconnaître l'apophyse costiforme qui est sur un plan plus profond. Alors, avec un ciseau à froid, il sectionne celle-ci à la base, il la saisit et l'excise complètement. A partir de ce point, il suit le rachis avec le détache-tendon, d'arrière en avant le serrant toujours de près, sous le périoste, jusqu'au siège de la carie.

Signalons encore un cas de *luxation de la colonne cervicale* dû à M. Sieur (de Lyon, et qui montra un foyer ecchymotique dans l'intérieur même du tissu médullaire. L'intervention chirurgicale a donc été impuissante.

M. Chipault fait une intéressante communication sur le diagnostic des *variétés de niveau des paralysies par traumatisme de la moelle.* Les détails en sont malheureusement trop techniques pour être reproduits sans le secours de figures que l'orateur a montrées au Congrès.

Pour aborder les **abcès froids rétro-pharyngiens,** M. Jacques Reverdin (de Genève) emploie le procédé recommandé par Burckhardt, qui consiste à inciser le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien.

Il l'a employé trois fois, ne se servant du bistouri que pour inciser la peau, puis n'avançant qu'avec le doigt. Il a pu ouvrir ainsi des abcès froids rétro-pharyngiens et aller gratter la lésion osseuse d'où provenait l'abcès.

Les opérations ont donné les résultats suivants : Un opéré, traité *in extremis,* mourut de choc ; un autre guérit, mais mourut quelques mois après de généralisation tuberculeuse ; le troisième va bien.

Schinn a employé un autre procédé : l'incision se fait au bord externe du mastoïdien, on passe en arrière des vaisseaux et on tombe sur les apophyses transverses, et de là facilement dans l'espace rétro-pharyngien. Ce procédé donne moins de jour et est opératoirement plus dangereux que celui employé par M. Reverdin.

M. Michaux pense qu'on peut aborder par le côté externe non seulement les vertèbres cervicales, mais les vertèbres lombaires et dorsales. En se frayant une voie en réséquant une côte au niveau de l'angle costal, on peut parfaitement aller intervenir sur le corps même des vertèbres.

Il a fait cette opération dans deux cas. Elle lui paraît préférable à la laminectomie.

Dans cette question du *mal de Pott*, M. Gangolphe (de Lyon) a aussi pris la parole pour défendre les injections de glycerine iodoformée dans le traitement des abcès et pour dire qu'il pensait que le traitement chirurgical devait être très réservé dans les paraplégies.

M. Vincent (de Lyon), au contraire, pense qu'il ne faut pas hésiter à intervenir lorsque la suppuration existe car elle est abrégée par l'opération, mais qu'on ne doit pas intervenir quand il n'y a pas d'abcès.

M. Broca publie 10 cas de **spina bifida** qu'il a traités opératoirement, et qui lui ont donné les résultats suivants ;

Guérison opératoire, 7 ; morts par infection immédiate 2 ; morts par infection tardive, 1.

Mais il ne faut pas oublier que les opérés meurent d'hydrocéphalie. Sur les 7 opérés guéris, 3 ont été perdus de vue rapidement ; des 4 autres qu'on a pu suivre, 1 seul n'était pas hydrocéphale au bout d'un an. Chez 2 des malades devenus hydrocéphales, M. Broca a pratiqué, chez l'un, le drainage des ventricules ; il est mort vingt-quatre heures après. Chez un autre, la ponction lombaire n'a pas donné de résultat. Dans 2 autres cas d'hydrocéphalie, M. Broca a drainé les ventricules, l'un des opérés est mort au bout de trois semaines, l'autre n'a pas été amélioré.

Cette communication montre que l'hydrocéphalie est très fréquente après l'opération du spina bifida et nous ne pouvons rien contre elle.

M. Tedenat (de Montpellier), est intervenu dans le spina bifida par la ponction et les injections iodo-glycérinées et il ne s'en est pas bien trouvé. Il pense qu'on doit faire une part de plus en plus large à l'excision de la tumeur avec mobilisation des crêtes osseuses, le tout suivi de sutures, bien entendu quand les conditions anatomiques s'y prêtent.

CHIRURGIE DE LA TÊTE

Nous allons maintenant, en essayant de suivre l'ordre adopté par le secrétaire général dans les ordres du jour, donner par région les différentes communications faites au Congrès. Elles ont bien entendu trait à des sujets différents.

M. Gayet (de Lyon) s'occupe des **soins immédiats à donner dans les plaies des paupières.** Voici ses conclusions :

1° Les plaies contuses et les déchirures des paupières peuvent être partagées en quatre catégories, d'après la structure anatomique : les plaies cutanées, les plaies musculaires, les plaies fibro-tarsiennes et les plaies muqueuses;

2° A part les plaies de la peau et de la conjonctive, qui peuvent être isolées, elles se combinent ensemble de façon plus ou moins compliquée;

3° Elles présentent des détails nombreux sur lesquels le chirurgien doit s'éclairer par un examen attentif avant d'entreprendre une réunion méthodique ;

4° Si deux ou trois jours se sont écoulés depuis l'accident, il ne faut pas reculer pour remettre toutes les choses en place et déchirer toutes les adhérences vicieuses ;

5° En principe, il ne faut rien retrancher des tissus si détériorés qu'ils soient. Il faut suturer après adaptation exacte des parties, et suturer plan par plan ;

6° S'il existe une fracture de l'orbite, il faut s'attacher à reconnaître les fragments et les maintenir par des sutures métalliques.

M. Djemil Bey (de Constantinople) communique un cas d'**épilepsie jacksonienne** consécutive à un coup de yatagan, portant sur la région fronto-pariétale droite, survenues 8 mois plus tard. Les crises épileptiformes étaient fréquentes et dans leur intervalle il y avait une somnolence continuelle. La trépanation permit de retirer une esquille de la table interne pénétrant de 2 centimètres et demi dans le cerveau. Après une guérison qui persista pendant quarante-trois jours seulement, une nouvelle trépanation démontra qu'un abcès s'était formé dans le sillon creusé par l'esquille. Depuis, la guérison est définitive.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1894

M. Bazy fait une communication sur le méat hypogastrique chez les prostatiques.

La conclusion générale qui paraît se dégager de ce mémoire, c'est que la cystostomie sus-pubienne est une opération d'exception, laquelle ne doit être tentée que dans les cas où le drainage de la cavité vésicale par la sonde à demeure ne suffit plus pour empêcher l'apparition des accidents infectieux (vesies épaisses, à énormes colonnes, se vidant difficilement; vessies néoplasiques, etc.). M. Routier croit, au contraire, les indications de la cystostomie sus-pubienne beaucoup plus nombreuses, et il cite l'observation d'un prostatique non infecté chez lequel l'opération de Poncet a non seulement permis le rétablissement de la miction, mais encore l'extirpation d'une certaine portion de l'organe hypertrophié. Actuellement, ce malade se sert parfaitement de son méat hypogastrique et ne s'en trouve nullement incommodé. La cystostomie sus-pubienne ne crée donc pas une infirmité, ainsi que paraît le prétendre M. Bazy. Ce dernier fait alors observer que le cas cas de M. Routier ne saurait rentrer dans le cadre de sa communication, puisque l'auteur se proposait ici d'extirper une portion de la prostate.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) vient ensuite présenter le malade qui a fait l'objet de sa communication sur un nouveau procédé de cheiloplastie (séance du 3 octobre). Le rebord labial inférieur, bien cicatrisé, se trouve seulement légèrement aminci ; la commissure gauche, plus étroite que celle du côté opposé, est un peu déviée en haut et en dehors. Néanmoins, la sensibilité est partout normale et le malade retient parfaitement sa salive. A propos de cette présentation, M. Marchant fait observer à M. Larger que son procédé lui paraît dériver du procédé blépharoplastique de Fricke.

M. Zancarol (d'Alexandrie) analyse quatre faits de cancer du rectum et des parties voisines, extirpés par le procédé de Kraske. Le premier cas se rapporte à une femme atteinte de cancer du col de l'utérus avec envahissement secondaire de la cloison rectovaginale ; ici l'utérus fut enlevé en même temps que le rectum et le vagin. Dans le second cas, il s'agit, encore chez une femme, de l'extirpation de toute la partie inférieure d'un rectum également cancéreux.

Le troisieme cas est analogue, mais se rapporte à un homme de 30 ans. Enfin la quatrième observation a été fournie par un Arabe chez lequel le cancer avait envahi non seulement les neuf derniers centimètres du rectum, mais encore l'anus. Dans tous ces cas, le bout rectal sectionné a pu être suturé à la peau de l'anus, et, malgré une abondante suppuration de la plaie sacro-coccygienne qui n'a pu être évité chez aucun des opérés, ceux-ci ont parfaitement guéri. La suppuration a eu lieu, malgré l'antisepsie intestinale préventive (naphtol et injections rectales boriquées, quatre jours avant) ; et, malgré l'extirpation du sphincter, les malades ont recouvré leurs fonctions anales. Aussi l'auteur se demande-t-il s'il n'a pas laissé, au cours de ses operations, quelques fibres sphinctériennes dont la présence suffirait à expliquer le rétablissement des fonctions anales. Depuis ces larges extirpations (la dernière remonte à sept mois et demi environ), aucun des malades n'a eu de récidive. M. Quénu, après avoir fait observer à M. Zancarol que son procédé diffère de celui de Kraske, prétend d'abord que si ses quatre opérés ont eu de la suppuration, cela tient uniquement à l'insuffisance de l'antisepsie intestinale qu'on essaiera vainement d'obtenir à l'aide du naphtol et des injections rectales boriquées. Cette antisepsie ne peut être obtenue qu'au moment même de l'opération, par un bon curettage de la tumeur, analogue au curettage qu'on pratique, avant une hystérectomie, dans un utérus cancéreux.

En second lieu, M. Quénu ne croit pas que le rétablissement des fonctions anales

chez les opérés de M. Zancarol puisse être expliqué par la conservation de quelques fibres sphinctériennes ; car, même dans ce cas, le délabrement opératoire de la fosse ischio-rectale, amenant la destruction fatale du nerf hémorrhoïdal, rendrait ces fibres complètement inutiles. M. Quénu pense donc que le rétablissement de la fonction s'est fait ici par le même mécanisme que dans l'anus artificiel : 1° les malades se sont habitués à régler leurs gardes-robes; 2° il s'est créé, par épaississement des fibres circulaires lisses du bout sectionné, un nouveau sphincter capable de fonctionner comme l'ancien. A l'appui de cette opinion, l'auteur cite l'exemple d'un malade à qui il a fait, il y a quatre mois, un anus iliaque qui fonctionne presque aussi bien, actuellement, que l'anus normal.

M. Routier croit que l'accumulation des sécrétions intestinales au-dessous des lambeaux sacro-coccygiens est la véritable cause de la suppuration dans des cas comme ceux de M. Zancarol. M. Richelot incrimine au contraire le procédé opératoire.

Le procédé suivi par M. Zancarol ressemble, en effet, au procédé de Hochenegg. Or, Hochenegg sacrifie souvent la partie inférieure du mésorectum, d'où nutrition insuffisante et souvent sphacèle et suppuration de l'extrémité inférieure du bout supérieur suturé à la peau. Aussi M. Richelot a-t-il depuis longtemps renoncé à ce procédé. Mais M. Quénu est persuadé que la suppuration, à la suite des opérations de Kraske, ne doit être imputée qu'aux fautes antiseptiques commises au cours de l'intervention. M. Zancarol, au contraire, croit que, malgré toutes les précautions, la suppuration est inévitable.

Enfin, M. Félizet vient exposer les heureux résultats de trois cas de *staphylorraphie* pratiquée par division traumatique du voile du palais. La principale cause de l'échec des sutures dans cette opération ne tient nullement pour l'auteur à la minceur des bords de la perte de substance, formant le plus souvent, au contraire, une sorte de bourrelet prismatique saillant du côté du naso-pharynx, mais dépend principalement de la tension du voile. Pour supprimer cet inconvénient, l'auteur emploie un procédé qui rappelle vaguement l'incision libératrice de Dieffenbach ; dans un premier temps, il avive les bords de la perte de substance : le second temps consiste dans la transfixion du voile du palais, en forme de croissant, à l'union des deux tiers internes avec le tiers externe ; enfin, l'opération se termine par la suture séparée de chaque brèche.

REVUE DE LA PRESSE FRANCAISE

Les arthropathies et l'état typhoïde, par les docteurs Alb. Robin et Leredde. — Le rhumatisme articulaire aigu peut se compliquer d'état typhoïde. Cette association constitue une variété particulière de la maladie que les auteurs appelent : Variété typhoïde du rhumatisme articulaire aigu et qu'on doit distinguer du rhumatisme cérébral.

En général, les symptômes typhoïdes sont relativement fugaces et cèdent comme les arthropathies au salicylate de soude, qu'on emploiera, à doses modérées, même s'il y avait hésitation sur le diagnostic.

A titre d'hypothèse, on peut admettre que dans les cas où les arthropathies résistent au salicylate de soude, l'état typhoïde peut se prolonger et simuler une coexistence de rhumatisme articulaire aigu et de fièvre typhoïde. Cependant la plupart des faits connus de cette coïncidence doivent être rattachés à ce que MM. Robin et Leredde appelent « l'arthro-typhus », c'est-à-dire à la fièvre typhoïde débutant par des polyarthrites séreuses ou suppurées.

La coïncidence d'un état typhoïde avec des polyarthrites ressortit aux trois diagnostics suivants :

A. Fièvre typhoïde avec pseudo-rhumatisme ou arthro-typhus ;
B. Variété typhoïde du rhumatisme articulaire aigu ;
C. Pseudo-rhumatisme infectieux avec état typhoïde.

Rien ne démontre jusqu'ici la coexistence possible du rhumatisme articulaire aigu et de la fièvre typhoïde. (*Archives générales de médecine.*)

Traitement médical de la pyélo-néphrite, par M. A. Faucher. — Mettant à part les cas où, à cause du volume de la tumeur et des dangers de la septicémie, l'intervention chirurgicale rapide est le seul traitement rationnel, l'auteur, inspiré par le professeur Albert Robin, formule ainsi les règles du traitement médical de la pyélo-néphrite : I. Pyélite aiguë et primitive. Hygiène et régime. S'inspirer de l'étiologie. Eviter refroidissements, humidité; vêtements chauds, suppression des exercices violents; exciter les fonctions de la peau par frictions, liniments, alcools; peu de rapports sexuels, régime lacté, pas de viandes marinées ou faisandées, proscrire asperges, tomates, oseille, haricots verts, pas de café ni de thé, pas de boissons fermentées, sauf quelques verres de vieux bordeaux. Thérapeutique: A. diminuer l'inflammation du bassinet; *a*, révulsion cutanée, pas de vésicatoires, frictions, pointes de feu, ventouses ; *b*, révulsion intestinale, pas de purgatifs salins dont l'action révulsive est faible et qui chargent le sang et par suite l'urine de sels irritants, préférer les drastiques ; Robin conseille 2 ou 3 pilules par jour contenant chacune 0,25 centigr. de scammonée et 0,05 centigr. de calomel. *B*. Rendre l'urine aussi aqueuse et aussi limpide que possible, régime lacté. *C*. Combattre la production des ptomaïnes et des matières extractives, purgatifs en favorisant l'élimination ; mais pour en empêcher la formation, employer l'alcool, 30 à 40 gr. par jour, ou le sulfate de quinine, 0,25 ou 0,50 centigr. par jour, en deux fois. Hydrothérapie, balnéation tiède. II. Pyélite aiguë secondaire. Traitement comme pour I. Cas particuliers : pyélite traumatique ; émission sanguine, révulsifs, repos ; s'il y a plaie, antisepsie. Pyélite par rétention de corps solides : l'élimination sera obtenue par eaux de lavage (Evian, Contrexéville), la formation sera empêchée, s'il s'agit de produits uriques, par l'eau de Vichy. Pyélite par rétention d'urine : traiter la cause de la rétention. Pyélite blennorrhagique : user avec ménagement des balsamiques. Pyélite médicamenteuse : supprimer l'agent thérapeutique coupable. III. Pyélite chronique. Hygiène et régime : comme à I; thérapeutique : 1° révulsion, teinture d'iode, ventouses, pointes de feu ; 2° combattre la douleur, liniments calmants, opium, belladone, injections hypodermiques ; 3° rendre l'urine claire et limpide comme au I; 4° rendre l'urine aseptique, balsamiques, benzoate de soude, acide benzoïque. (Alb. Robin formule une limonade contenant 1 à 3 gr. par jour, avec 80 à 100 gr. d'eau de cannelle ou des pilules 0,50 ou 0,75 centigr. par jour, associés à la thériaque), borate de soude, huile de Harlem ; 5° modifier la muqueuse des calices et du bassinet, acide gallique, tannin, cachou, ratanhia. Hydrothérapie. *A*, externe, peu de bains et peu de douches ; *B*, interne, *a*, si la muqueuse est irritable, eaux de lavage : Evian ; *b*, si la muqueuse est peu irritable, Contrexéville, Vittel.

Le traitement de l'ictère grave primitif, par M. X. Arnozan. — Après avoir rapporté l'observation détaillée d'un cas d'ictère grave compliqué de double bronchopneumonie et traité avec succès par les antiseptiques internes, l'auteur passe en revue les indications thérapeutiques données par les différents auteurs, indications encore assez indécises à cause de l'insuffisance de nos connaissance sur la pathogie de l'ictère grave. Pour M. Arnozan, l'usage des antiseptiques doit former la base du traitement de l'ictère grave qu'il formule de la manière suivante : 1° Usage régulier, pendant toute la période aiguë, et même plusieurs jours après, du sulfate de quinine à la dose de 2 gr.20; 2° usage régulier, pendant le même temps, du naphtol B et du charbon aux mêmes doses; 3° usage des injections hypodermiques d'acide phénique (0,01 centigr. dans 1/2 cent. cube d'eau distillée, matin et soir), si toutefois le sujet n'a pas d'hypothermie

n'a pas de tendance excessive aux hémorragies cutanées. Les contre-indications de ces injections sont assez nombreuses ; leur emploi doit être moins général que celui de la quinine, du naphtol B, etc. Le délire violent et les hautes températures en seraient les indications spéciales ; 4° le régime lacté ; 5° Les toniques (alcool, punch, quinquina) et les excitants diffusibles, tel que l'acétate d'ammoniaque, ce dernier plus particulièrement dans les cas de complications pulmonaires. (*Revue internationale de bibliographie*)

Etat mental dans la chorée, par A. Breton. — Voici les conclusions de cet intéressant travail :

La chorée est une affection caractérisée essentiellement par des troubles moteurs. Il y a des cas de chorée (aiguë ou chronique) qui évoluent sans troubles psychiques, le plus souvent les troubles psychiques viennent compliquer la chorée à un degré plus ou moins accusé.

Les troubles psychiques constituent ce qu'on appelle l'état mental des choréiques et peuvent se diviser et deux groupes : le premier comprend ceux qui altèrent la sensibilité morale, le caractère, l'intelligence, l'attention, la mémoire, les sentiments affectifs ; le second, plus rare, renferme les terreurs nocturnes, les hallucinations et la folie choréique.

Par ordre de fréquence, viennent d'abord les phénomènes du premier groupe. Ils sont tellement fréquents qu'on peut les ranger au nombre des symptômes habituels de la chorée. Les terreurs nocturnes et les hallucinations sont assez rares et la folie choréique est exceptionnelle.

Les hallucinations s'observent presque exclusivement le soir, au moment du sommeil. Elles peuvent se prolonger dans la nuit, interrompre ou empêcher le sommeil. Celles de la vue prédominent, plus rarement on observe celles de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du tact. Les hallucinations du sens génital sont une exception.

On peut rencontrer des troubles de la parole tenant non pas seulement à la chorée des muscles du langage et de la phonation, mais relevant encore des troubles mentaux.

La folie choréique peut se traduire par des accès de manie simple, de délire, de manie avec hallucinations ou peut revêtir la forme mélancolique, avec des idées tristes et tendances au suicide.

La guérison de cet état mental est la règle générale dans la chorée aiguë. Provoqué par la chorée, il cesse ordinairement avec elle. Toutefois la névrose peut ouvrir la voie à la dégradation morale, à l'aliénation mentale, à la démence.

Les phénomènes psychiques observés au cours de la chorée ne sont point engendrés par elle ; ils n'en reçoivent aucun caractère spécial. Ils viennent seulement la compliquer. La chorée ne fait que les susciter et ne les crée pas.

La seule cause véritable de leur existence est l'hérédité.

Il n y a donc pas, à proprement parler, de troubles mentaux choréiques ; mais il y a des troubles mentaux se manifestant chez les héréditaires des dégénérés atteints de chorée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

Cours

Chimie médicale. — M. Gautier. — Chimie organique appliquée à la médecine. — Jeudi et samedi à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — La digestion, l'assimilation et la désassimilation. — Mardi à 1 heure (Grand Amphithéâtre).

Anatomie. — M. Farabeuf. — Etude anatomique, physiologique et chirurgicale des articulations. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie. — M. Mathias Duval. — La cellule et les tissus en général. — Le système nerveux et les organes des sens. — Le système musculaire. — Le sang et les vaisseaux. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Physiologie. — M. Richet (M. Gley, agrégé chargé de cours). — Circulation. — Respiration. — Mécanique et chaleur animales. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue (M. Delbet, agrégé suppléant). — Pathologie chirurgicale générale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

Opérations et appareils. — M. Terrier. — Chirurgie de la face, du cou et du thorax. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Dieulafoy. — Maladies de l'appareil digestif. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Straus. — Maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme. — Principales maladies d'origine bactérienne. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du Laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique).

Anatomie pathologique. — M. Cornil. — Anatomie pathologique des systèmes respiratoire et circulatoire. — Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — Mercredi, à 2 heures (Ecole pratique).

Thérapeutique et matière médicale. — M. Landouzy. — Des indications thérapeutiques et des médicaments dans les affections du cœur, du rein. — De la médication antiseptique dans les affections du tube digestif. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pharmacologie. — M. Pouchet. — Alcaloïdes (2e partie). — Glucosides. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — (Amphithéâtre de pharmacologie).

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène. — Histoire des grandes époques médicales jusqu'à nos jours. — Histoire des maladies parasitaires. — Biographies et bibliographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques

Cliniques médicales. — M. G. Sée. — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — M. Potain. — Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). — M. Jaccoud. — Mardi, samedi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié). — M. Hayem. — Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine).

Cliniques chirurgicales. — M. Duplay. — Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — M. Le Dentu. — Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'hôpital Necker). — M. Tillaux. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Charité). — M. Berger. — Lundi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Joffroy. — Mercredi, samedi, à 9 heures 1/2 (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher (M. Marfan, agrégé, chargé de cours). — Mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Fournier. — Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond. — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique. — M. Panas. — Lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Guyon. — Mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — M. Tarnier. — Mardi, samedi, à 9 heures (à la clinique d'accouchements, rue d'Assas). — M. Pinard. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, Clinique Beaudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

Conférences

Physique médicale. — M. Weiss, agrégé. — La méthode graphique. — Théorie physique de la vision. — Chaleur animale. — Mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Histoire naturelle. — M. Heim, agrégé. — Parasites et maladies parasitaires. — Animaux venimeux. — Venins. — Intoxications alimentaires. — Produits animaux utilisés en thérapeutique. — Application de la zoologie à la médecine légale. — Organisation des vertèbres envisagée comme introduction à l'étude de l'anatomie et de la physiologie humaines. — Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie interne. — M. Charrin, agrégé. — Les maladies infectieuses générales. — Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie externe. — M. Jalaguier, agrégé. — Tissus. — Os. — Articulations. — Vaisseaux. — Nerfs. — Membres. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé. — Lèpre. — Lupus et tuberculoses cutanées. — Dermatoses suppuratives. — Teignes et dermatoses parasitaires. — Dimanche, à 10 heures 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Hygiène. — M. Netter, agrégé. — Etiologie et prophylaxie des maladies épidémiques. — Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre).

Obstétrique. — M. Bar, agrégé. — La grossesse. — Accouchement normal. — Suites de couches normales et pathologiques. — Soins à donner aux nouveau-nés. — Pathologie de la grossesse. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie. — (Cours du chef des travaux anatomiques.) — M. Poirier, agrégé. — Anatomie topographique. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

COURRIER

Congrès d'hygiène militaire a Lyon. — On annonce qu'un Congrès d'hygiène militaire se tiendra prochainement à Lyon.

L'Angleterre s'y fera représenter par le chirurgien lieutenant-colonel William Pratt, du corps de santé de l'armée britannique.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — II. Congrès français de chirurgie. — III. Revue de la presse de province. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — V. Courrier.

*Les ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, l'*Union médicale *ne paraîtra pas jeudi.*

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Nouveaux progrès de la vaccination antidiphtérique. — Essais analogues dans la fièvre typhoïde. — La prophylaxie du choléra au Congrès de Magdebourg. — Le Congrès de l'alimentation parisienne et le privilège des bouilleurs de cru.

Le succès de la méthode de M. Roux dans le traitement de la diphtérie se confirme. Depuis qu'il est en usage à l'hôpital Trousseau, les résultats obtenus par M. Moizard sont tout aussi brillants que ceux dont M. Roux à rendu compte à Budapest. Des guérisons déjà nombreuses se sont produites dans la clientèle civile et jusqu'ici pas une note discordante n'a troublé le concert d'éloges donnés à la nouvelle méthode, ni ébranlé la confiance des médecins.

A Trousseau on a établi trois divisions dans le service des diphtéritiques ; dans la première, on reçoit tous les extraits ; on recueille les fausses membranes, on les ensemence et, au bout de vingt-quatre heures, on sait ce quelles contiennent. Lorsqu'elles ne renferment que le *bacille* de *Lœffler*, on les dirige sur le second pavillon ; quand, au contraire, ce bacille est associé à des *streptocoques* à des *staphylocoques* ou au petit coccus de Brizou (c'est le nom que lui a donné M. Roux lorsqu'il l'a découvert), toutes les fois en un mot qu'il n'est pas pur, les malades sont envoyés au troisième pavillon ; mais dans tous les cas, et quelle que soit la nature de leur angine, ils sont soumis à une injection de serum antidiphtérique. On n'attend même pas pour cela que le diagnostic soit confirmé, tant l'inocuité de cette injection est aujourd'hui démontrée.

Le succès du traitement dépend surtout de la nature des microbes constatés. Lorsque la diphtérie est pure, que le bacille de Lœffler existe seul dans les fausses membranes, la guérison est presque constante, même alors que la gorge est remplie de fausses membranes que tous les ganglions du cou sont engorgés et qu'un véritable jetage se fait par les narines. Quand on ne trouve en plus que le *petit coccus de Brizou*, le pronostic n'est pas plus sévère ; la présence du *staphylocoque* l'est d'avantage ; mais celle du *streptocoque*, qui est relativement fréquente, entraîne une réelle gravité. Cette diphtérie mixte, au point de vue de l'inoculation microbienne, se complique souvent d'une pneumonie qui est parfois mortelle.

Ces caractères bactériologiques ont été exposés par M. Martin dans la première conférence qu'il a faite à l'Institut Pasteur et dont nous avons parlé dans notre précédente chronique (1). Dans la seconde, qui a eu lieu le dimanche 14 octobre, il a terminé sa communication en faisant connaître la technique des inoculations, les bases du pronostic, le traitement local et général des angines pures et des angines associées, des croups purs et des croups associés.

(1) *Union médicale* du 16 octobre, nº 44, p. 518.

Dans cet exposé précis et lucide, M. Martin a déclaré, comme je le faisais pressentir dans ma chronique du 18 septembre 1894, que le sérum antidiphtérique n'était pas seulement un remède, mais un vaccin, et qu'on pourrait l'employer comme préventif dans les conditions que j'ai indiquées.

Les journaux de médecine (1) ont rendu compte de ces conférences et tous les médecins connaissent la nouvelle méthode, mais, pour qu'ils puissent l'appliquer, il faut qu'ils se familiarisent avec les recherches bactériologiques et avec la technique de la petite opération qu'elle nécessite.

Le premier point est le plus difficile. Le diagnostic des différentes espèces d'angines, l'examen des fausses membranes, la coloration des microbes, sont des opérations délicates, qui ne peuvent se faire que dans un laboratoire et qui ne sont, par conséquent, pas à la portée de tous les praticiens. Il faut leur en épargner la peine. Les Américains en ont depuis longtemps trouvé le moyen et nous l'avons indiqué avec détail dans notre Revue d'hygiène du 30 octobre 1893 (2). On va faire quelque chose d'analogue à Paris. La *Presse médicale* organise en ce moment un service gratuit de *diagnostic bactériologique de la dyphtérie*. Elle fera déposer prochainement, dans toutes les pharmacies, des tubes à ensemencement que les médecins pourront s'y procurer avec une instruction sur la manière de procéder. Lorsqu'ils auront recueilli les fausses membranes avec les précautions indiquées par M. Martin, ils n'auront qu'à les renfermer dans le tube et à les envoyer aux bureaux de la *Presse médicale* qui se chargera de faire opérer les recherches nécessaires et d'en faire connaître le résultat aux intéressés vingt-quatre heures après le dépôt (3).

La technique de l'injection est de la plus grande simplicité, mais la difficulté est de se procurer du sérum antidiphtérique. On a fait de grands efforts à l'Institut Pasteur pour en produire le plus possible et l'argent n'a pas fait défaut. La souscription dont j'ai parlé dans ma précédente chronique atteignait vendredi dernier le chiffre de 354,842 francs. Le Comité consultatif d'hygiène publique de France et le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine ont souscrit en faisant l'abandon du jeton de présence. La subvention du ministre de l'intérieur, celle du Conseil municipal s'y joindront bientôt et l'avenir est assuré. Avec ces ressources, on a pu faire les achats et les installations nécessaires à la production du sérum immunisé sur une grande échelle. On s'est empressé, dès le début, d'acheter vingt-quatre chevaux qu'on a mis en préparation ; le 26 octobre, il y en avait 80. On compte en porter le nombre à 140, aussitôt que les baraquements seront prêts. On les établit, en ce moment, dans les écuries de l'empereur, à Villeneuve-l'Etang, propriété que l'Etat à mise, depuis 1886, à la disposition de M. Pasteur, pour loger les animaux nécessaires aux travaux de l'Institut.

Les 140 chevaux permettront de satisfaire toutes les demandes à partir du 1er janvier 1895. Chacun d'eux peut fournir deux litres de sérum tous les vingt jours et un litre suffit pour vingt enfants. On pourra donc en traiter

(1) Voyez la *Tribune médicale* du 18 et du 25 octobre 1894.
(2) *Union médicale*. Tome 56, p. 464.
(3) *Presse médicale*, numéro du 20 octobre 1894.

5 à 6,000 par mois ; mais il faut soixante dix jours pour la préparation de l'animal, et, en ce moment, on manque de sérum à l'Institut Pasteur. C'est à peine si on peut en fournir aux deux hôpitaux d'enfants la quantité qu'ils réclament et, mardi dernier, il a fallu en mettre de côté pour pratiquer les inoculations qui ont eu lieu à l'hôpital Trousseau, en présence du Président de la République. Avant de s'y rendre, M. Casimir-Périer avait fait une première visite à l'Institut Pasteur ; il avait remis, à M. Roux, la croix de commandeur de la Légion d'honneur et les palmes académiques à MM. Martin et Chaillou. Ces distinctions, auxquelles le monde médical tout entier applaudit des deux mains, ont été décernées à nos confrères en présence de tous les savants qui font partie de l'Institut Pasteur et sous les yeux du maître au génie duquel toutes ces découvertes sont dues et qui avait peine à retenir ses larmes, en remerciant le Président de la République de la haute distinction qu'il venait de conférer à son élève.

— La méthode de traitement inaugurée par M. Roux est, avons-nous dit, la déduction logique de faits antérieurement découverts, de principes généraux posés par M. Pasteur et dont ses élèves poursuivent les applications ; il est, par conséquent, permis d'espérer qu'on pourra procéder d'une façon analogue pour d'autres maladies infectieuses. Stern a tenté déjà de le faire pour la fièvre typhoïde. Il s'est demandé si le sérum du sang des sujets convalescents de cette maladie n'agirait pas sur le bacille d'Eberth comme le sérum antidiphtérique sur celui de Lœffler.

Il a expérimenté sur des souris et des cobayes en leur injectant simultanément dans le péritoine des cultures typhiques et du sérum pris sur des convalescents de dothiénentérie. Il a constaté que lorsque le liquide était recueilli chez les malades pendant les vingt-six jours qui suivent la disparition de la fièvre, les résultats sont le plus souvent positifs, que la neutralisation s'opère encore trois fois sur cinq, lorsque le sérum est recueilli pendant les dix années qui suivent la guérison ; mais qu'il ne jouit plus d'aucun pouvoir antitoxique au bout de dix ans.

Dans une autre série d'expériences, il a reconnu que le sérum pris sur des individus ayant succombé à la fièvre typhoïde est bien plus antitoxique que celui des convalescents et qu'on obtient parfois des résultats positifs en se servant du sérum de gens qui n'ont jamais eu la fièvre typhoïde; seulement il faut alors employer des doses considérables, ces faits surprenants ont besoin d'être confirmés par de nouvelles expériences. (1).

— L'*Association allemande d'hygiène publique* s'est réunie tout récemment à Magdebourg. L'assemblée était très nombreuse ; 350 auditeurs y assistaient et la question qui y a été traitée avec le plus de développement a été celle des mesures prophylactiques à prendre contre le choléra. La discussion à laquelle l'Association s'est livrée a offert un grand intérêt par la compétence et le renom des savants qui y ont pris part. Les rapporteurs étaient M. von Kerschensteiner (de Munich) et Gaffky (de Giessen). Les professeurs Koch (de Berlin), Wolffhügel (de Gœttingne), Frænkel (de Marbourg), M. Wernich (de Berlin) ont pris la parole au cours du débat. Il a été remarquable par l'entente qui s'est établie sans difficulté et à de

(1) R. Stern. Action antitoxique du sérum des typhiques convalescents contre l'infection expérimentale par le bacille d'Eberth (*Zeitscher, f. Hyg. u. infektionskr.* 1894 vol. XVI, p. 458).

légères nuances près, sur les principaux points qui ont été abordés. Les conclusions adoptées peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Le *bacille virgule* est l'agent spécifique du choléra. Tous les savants et Pettenkofer lui-même se sont ralliés à cette opinion; mais, pour qu'il puisse produire la maladie, il faut des conditions de temps, de lieu et de personne qui ne sont encore que très imparfaitement connues (le professeur Koch a surtout insisté sur ce dernier point). Le bacille spécifique réside dans l'intestin de l'individu infecté ; il se rencontre aussi dans les selles des malades guéris et plus exceptionnellement chez des personnes en santé dont les garde-robes peuvent également transmettre la maladie.

2° La contagion immédiate d'un individu à l'autre est exceptionnelle ; une personne saine ne peut pas transporter de germes d'un malade à un individu sain. Le germe cholérique ne se dissémine pas dans l'air ; l'eau en est le véhicule habituel et c'est aussi le milieu dans lequel il se conserve le mieux.

3° Les mesures d'hygiène sont très efficaces pour prévenir et limiter les ravages du choléra. Elles consistent dans l'assainissement des localités menacées même avant l'invasion des épidémies. Il faut, avant tout, fournir aux populations de l'eau pure et les débarrasser promptement de leurs déjections.

4° Lorsque le choléra est déclaré, il faut isoler les malades ou les transporter dans les hôpitaux spéciaux, faire évacuer les maisons et les bateaux contaminés, les désinfecter et fermer les prises d'eau suspectes.

5° Il faut réduire au minimum les rigueurs des mesures sanitaires, remplacer les lazarets et les quarantaines de terre par des inspections médicales à la frontière, et la désinfection des bagages suspects.

6° Les mesures de police maritime doivent être dirigées dans le même esprit. Il faut atténuer autant que possible leur sévérité, mais exécuter rigoureusement celles qui sont indispensables sur les points du globe que l'expérience a fait connaître.

— Les congrès d'hygiène se sont multipliés cette année d'une façon tout à fait rassurante pour l'avenir de la santé publique Indépendamment de ceux de Budapesth, de Vienne et de Magdebourg dont j'ai parlé, nous avons eu : l'*Exposition internationale d'hygiène maritime* et d'*hydrothérapie* qui a eu lieu à Boulogne du 15 juillet au 15 septembre ; le *Congrès international d'alimentation* qui s'est tenu à Anvers du 15 au 19 septembre, et enfin le *Congrès de l'alimentation parisienne* qui s'est ouvert le 22 octobre. Composé de 17 chambres syndicales représentant 78,000 commerçants, il a fait appel à tous les syndicats de l'alimentation de France, pour s'occuper en commun de leurs intérêts professionnels.

Ce n'est pas, on le voit, pour s'occuper d'hygiène que ces honorables commerçants se réunissent, mais tout ce qui touche à l'alimentation nous concerne et, d'ailleurs, la question que le Congrès a mise en tête de son programme est une de celles qui nous préoccupent le plus vivement. La seconde sous-commission qui s'est réunie le 23 octobre a voté, dès sa première séance, pour la suppression complète et radicale de ce privilège des bouilleurs de cru contre lequel nous nous sommes si souvent élevé. Elle l'a déclaré contraire aux intérêts du Trésor, du commerce et de la morale publique.

Jules Rochard.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Huitième session tenue à Lyon du 9 au 13 octobre (Fin) (1)

CHIRURGIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

C'est la **cystostomie dans la cure des fistules urétrales** qui donne lieu d'abord à une communication de M. Loumeau (de Bordeaux). Certaines fistules urétrales sont extrêmement difficiles à guérir et même quelquefois regardées comme incurables : la dérivation complète des urines par la cystostomie sus-pubienne est une excellente ressource.

Primitivement réservée à certaines complications graves du prostatisme, l'*opération de Poncet* convient aux fistules de l'urètre réfractaires aux traitements classiques. Mais, tandis que le professeur Poncet se contente de laisser béant le nouveau canal hypogastrique de ses cystostomisés, M. Loumeau préfère mettre une sonde à demeure dans le trajet sus-pubien de manière à assurer un détournement parfait de l'urine, partant un desséchement absolu des fistules. Cette sonde pourra n'être débouchée qu'au moment des besoins. Il vaut mieux la laisser toujours ouverte et plongée par son extrémité périphérique au fond d'un récipient antiseptique. Une fois la dérivation des urines assurée par le drainage sus-pubien de la vessie, les fistules guériront soit spontanément, soit aidées par le chirurgien qui agira directement sur elle, en même temps qu'il s'occupera de rétablir le calibre, si souvent compromis, de l'urètre. Les fistules guéries, la sonde hypogastrique sera retirée et l'orifice vésico-abdominal se refermera de lui-même, laissant l'urètre reprendre ses fonctions.

M, Loumeau a guéri ainsi deux malades atteints de fistules et particulièrement rebelles. Il en donne les observations

Le même chirurgien rapporte l'observation d'un homme atteint de *papillome vésical* qu'il a opéré avec succès par la voie sus-pubienne.

Pour ne pas abandonner ce sujet, mentionnons la communication de M. Pousson (do Bordeaux),qui est partisan **de la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales**. La méthode d'opération des fistules vésico-vaginales par le vagin est certainement la méthode de choix, mais elle est inapplicable dans certains cas, tels que les cas d'atrésie vaginale, ou les cas de fistules portant sur le col de l'utérus. On a tourné la difficulté en empruntant le vagin, ou même le rectum comme réservoir d'urine, pour servir comme vessies artificielles. Ce sont là des moyens peu satisfaisants. Le progrès consiste à rendre à la vessie ses fonctions de réservoir, en allant chercher en son intérieur l'orifice vésical de la fistule et à l'obturer. Cette méthode a été employée la première fois par Tredelenbourg, et, depuis, sept fois par divers auteurs. L'observation que M. Pousson présente est la huitième ; sur ces huit cas, il y eu seulement deux insuccès.

Il s'agit d'une fillette de 6 ans, atteinte de fistules vésico-vaginale et vésico-uréthrale déterminées par la présence d'un calcul.

M. Pousson ouvrit la vessie sur son doigt introduit dans le vagin. Il aperçut alors, dans la cavité vésicale, l'orifice supérieur de la fistule ; il passa des fils pour oblitérer cet orifice. En même temps, il restaura l'urètre par le vagin. La fistule vésico-vaginale guérit parfaitement ; la fistule urétro-vaginale persista seule.

Il faut rapprocher de cette observation celle du docteur Albarran (de Paris) sur un cas **d'urétérotomie externe avec cathétérisme à demeure de l'uretère.**

Quand M. Albarran vit le malade, il portait une fistule ancienne au-dessus de l'arcade crurale, le rein correspondant ne paraissait pas malade. Diagnostiquant un calcul, ce

1) Voir *Union médicale* du 27 octobre 1894.

chirurgien résolut d'aller à sa recherche et put arriver jusqu'à lui à travers les tissus indurés de la fosse iliaque.

Ne pouvant songer à faire la suture de l'uretère enflammé et englobé dans des tissus fibreux, après avoir nettoyé la plaie avec la curette, il fit séance tenante la taille transversale dans le but d'introduire une sonde dans l'uretère. Par l'orifice vésical de l'uretère il introduisit d'abord une bougie n° 6 et successivement d'autres numéros pour dilater le conduit. Il plaça ensuite dans l'uretère une sonde en gomme à bout coupé qu'il fit cheminer dans l'uretère jusqu'à 20 centimètres au-dessus de l'orifice vésical. Il pratiqua alors, par la sonde, le lavage à l'eau boriquée du bassinet et laissa l'instrument à demeure en faisant sortir son pavillon par la plaie de la taille partiellement réunie.

Les suites opératoires furent très simples. Il laissa en place la sonde urétérale pendant dix jours et il ne s'écoula plus une goutte d'urine par la plaie iliaque. Par une opération complémentaire, il ferma la fistule hypogastrique consécutive à la cystostomie et le malade guérit complètement.

La taille rénale dans le traitement de certaines formes d'anurie a aussi donné lieu à une discussion intéressante.

M. Picqué (de Paris) cite d'abord l'opération d'une femme présentant un cancer inopérable de l'utérus avec anurie absolue, qui, dans les derniers jours, s'accompagna d'œdème et de vomissements. On sentait le rein gauche augmenté de volume. L'anurie était évidemment due à la compression de l'uretère gauche.

Il pratiqua la taille rénale sur le rein gauche et bourra la plaie de gaze iodoformée. Par ce drainage l'urine s'écoula et les phénomènes d'urémie disparurent. Le rein était du reste sain. La vie de la malade, grâce à ce traitement, fut prolongée de plusieurs mois, le rein droit ayant d'autre part repris ses fonctions.

A ce propos, MM. Demon, Broca et Gangolphe citent des observations analogues dans lesquelles la taille rénale a donné les meilleurs résultats. C'est aussi l'avis de M. Le Dentu, qui reconnaît pourtant que ses indications sont assez limitées. Il ne pratique cette opération que lorsqu'il lui est démontré que l'uretère est définitivement oblitéré et que le rétablissement normal du cours des urines est impossible.

A signaler encore deux communications de MM. Zancarol et Augagneur, qui se déclarent partisans de la **résection de la vaginale, dans la cure de l'hydrocèle.** Malgré les imperfections imputables à la ponction et à l'injection iodée, nous pensons toujours que c'est encore là la méthode de choix pour les hydrocèles simples.

Terminons ce compte rendu des affections des voies urinaires par la mention de deux cas d'**émasculation totale, extirpation de la verge et des bourses**, dus à M. Chalot (de Toulouse) et à M. Albarran. Ce sont là des opérations rares, indiquées dans les lésions cancéreuses de l'urètre ou de la base de la verge.

Chirurgie des membres et communications diverses

L'articulation de la hanche a donné lieu à une intéressante communication du professeur Le Dentu. Il a pratiqué trois fois **l'ostéotomie sous-trochantérienne du fémur pour ankylose vicieuse de cette articulation.** L'une des malades fut atteinte d'aliénation mentale, et n'a pu être suivie ; les deux autres interventions ont donné d'excellents résultats. Dans un cas, la section de l'os a été linéaire ; dans l'autre, elle a été cunéiforme.

Quand le redressement manuel ne peut être obtenu sous le chloroforme, il faut recourir à l'ostéotomie et rejeter l'ostéoclasie, brutale et dangereuse. L'ostéotomie doit être sous-trochantérienne. Elle peut se faire par une incision transversale de l'os, une section très oblique, ou par la méthode cunéiforme.

Les soins consécutifs sont très importants ; il faut maintenir l'extension continue sur

le membre placé en abduction et en rotation en dehors, le malade étant dans le décubitus absolu.

Le chirurgien de Necker se préoccupe plus de la solidité que de la mobilité ultérieure, et conseille de se préoccuper de l'articulation du genou, dont on doit empêcher la raideur par des mouvements combinés dès le quinzième jour.

On sait combien les fractures du col du fémur sont d'un pronostic grave. Le fonctionnement de la hanche ne se rétablit pas, soit qu'il se fasse un défaut d'union entre la tête et le col, soit qu'il se fasse des ostéophytes qui empêchent tout mouvement. Dans un cas où ces deux causes s'ajoutaient, M. Lejars (de Paris) a pu obtenir un cas de **guérison de fracture par une résection de la hanche**, et pose les conclusions suivantes :

En somme, dans les fractures du col chez les jeunes sujets, il faut intervenir tout comme dans les luxations anciennes, faire la résection de la tête fémorale, modeler et régulariser le col et le grand trochanter.

M. Vincent (de Lyon) a pratiqué 52 **résections de la hanche.** Il agit sur la tête férale, la partie iliaque de l'articulation, et perfore le plus souvent la cavité cotyloïde.

Il suit le procédé opératoire d'Ollier. Un point important est la section et le relèvement préalable du grand trochanter.

Le traitement post-opératoire est important et il doit être prolongé.

Dans la **désarticulation de la hanche,** M. Chalot (Toulouse) conseille, pour éviter l'hémorrhagie, la compression digitale directe de la terminaison des vaisseaux iliaques à travers une incision iliaque.

Il a employé ce procédé avec plein succès chez un jeune homme de 26 ans,

M. Pollosson (Lyon) combat cette complication, qui lui paraît inutile pour un chirurgien exercé, et nous sommes complètement de son avis, d'autant qu'avec les procédés en raquette on assure l'hémostase au fur et à mesure de la section des vaisseaux.

Avec le Dr Albertin, nous quittons la région de la hanche pour descendre au genou. Notre confrère lyonnais proclame l'impuissance des moyens simples pour la **cure de la tuberculose du genou :** révulsion, immobilisation, injections intra-articulaires modificatrices, etc. Il préfère l'intervention sanglante sans programme opératoire : l'examen de l'articulation ouverte devant dicter la conduite du chirurgien.

Une statistique de 33 cas se répartit ainsi au point de vue de la nature de l'opération : 8 résections, 2 arthrectomies avec ablation d'une tranche osseuse (résection intra-épiphysaire) et 23 arthrectomies simples ou combinées à l'évidement osseux.

Dans tous les cas, le résultat a été bon au double point de vue de la cure de la tuberculose et du résultat fonctionnel; l'ankylose a toujours été recherchée et obtenue.

En présence de la tuberculose du genou, on s'adressera donc aux méthodes suivantes : 1° l'arthrectomie simple; 2° l'arthrectomie combinée à l'évidement des foyers osseux ; 3° la résection intra-épiphysaire (arthrectomie et avivement osseux) ; 4° la résection épiphysaire (résection typique d'Ollier). On peut les combiner ensemble et le choix d'une méthode est influencé par l'âge des malades.

La résection convient aux adultes (Ollier, Bœckel et Lucas-Championnière). Elle sera donc la méthode de choix dans le traitement de la tuberculose du genou de l'adulte.

Contre la tuberculose du genou chez l'enfant et l'adolescent, l'arthrectomie simple ou l'arthrectomie combinée à l'évidement des foyers osseux. Les dix enfants et les trois adolescents opérés par cette méthode ont un membre utilisable, sans raccourcissement. Il n'y a pas eu de récidive fongueuse; on peut espérer que le membre opéré subira un accroissement parallèle à celui du membre sain.

M Marlier (de Bruyères-en-Vosges) présente quelques considérations sur le **traitement chirurgical des déformations consécutives à la fracture de Dupuytren,**

vicieusement consolidée; il conclut à la nécessité de l'ostéotomie du péroné, complétée ou non par la résection cunéiforme du tibia.

Ce membre supérieur nous donne une communication de M. Poirier (de Paris), sur une **statistique des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.** Elle porte sur 68 cas. Voici les conclusions de ce chirurgien.

Les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont pour les trois quarts des fractures par pénétration et partant de cause indirecte.

Expérimentalement on reproduit ces fractures par un choc sur le coude.

Les complications de ces fractures les plus sérieuses sont les complications tardives, telles que l'arthrite scapulo-humérale et l'atrophie musculaire, atrophie non seulement du deltoïde, mais aussi des muscles sus et sous-épineux, des muscles ronds et des scapulaires.

Comme traitement, c'est le traitement par le massage qui est le plus efficace. Il faut de plus faire faire la gymnastique à l'articulation intéressée.

Citons encore une observation de M. Mauclair (de Paris) ayant pour titre : **Fracture esquilleuse de la clavicule ; compression nerveuse ; esquillotomie ; suture osseuse. Guérison.**

Des procédés de cheiloplastie applicables à la réparation des pertes de substances étendues des lèvres, tel est le titre d'une communication très intéressante du professeur Berger. — Les vastes pertes de substances et les destructions presque totales de la lèvre inférieure consécutives à des traumatismes, à des brûlures, au lupus et aux syphilides ulcéreuses étendues et profondes, sont les plus communes. Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La muqueuse est conservée, le tégument cutané seul étant détruit : en ce cas, la muqueuse est retournée et son bord libre est fixé vers le menton par la rétraction cicatricielle ; il existe un véritable ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure. Ces cas sont, de tous, les plus favorables à l'autoplastie ; la méthode italienne y est particulièrement applicable. Voici la technique.

On libère le bord libre de la muqueuse, on la dissèque, on la relève en ayant soin de relever avec elle les faisceaux de l'orbiculaire qui n'ont pas été détruits. On libère de même les téguments cicatriciels du menton et on poursuit leur dissection et leur libération jusqu'à la région sus-hyoïdienne. Toute la face antérieure de la région mentonnière et labiale inférieure est alors recouverte par un grand lambeau pris au bras, laissé adhérent à celui-ci par son pédicule et fixé par la suture au pourtour de l'avivement. Le pédicule du lambeau est coupé au bout de huit à douze jours.

Cette opération, mise à exécution dans un grand nombre de cas, a donné un résultat physique et fonctionnel toujours très favorable.

2° La muqueuse a été détruite en partie en même temps que la peau, mais une partie du bord libre de la lèvre inférieure subsiste et adhère à la cicatrice.

Il faut alors libérer ce qui reste du bord libre, de manière à reconstituer les éléments d'une bordure muqueuse qui puisse circonscrire un orifice buccal un peu réduit de circonférence, mais encore suffisant. On relève ensuite la partie de la cicatrice qui adhère à la mâchoire ; en constituer un lambeau dont la base se continue avec la gencive du bord alvéolaire et relever ce bandeau, sa face cicatricielle tournée vers la cavité buccale, de manière à ce qu'il vienne former la face interne de la lèvre inférieure ; par son bord libre on le suture à la lèvre postérieure du pont muqueux qui doit restaurer le bord libre de la lèvre. Pour refaire la face externe cutanée de la lèvre inférieure, on peut appliquer, sur la face cutanée du lambeau cicatriciel ainsi relevé, un lambeau emprunté au bras par la méthode italienne ; mais souvent aussi on peut se contenter de tailler un lambeau à la région sus-hyoïdienne ou à la région latérale du cou, et, en

infléchissant légèrement son pédicule, de le rapporter sur la région labiale inférieure qu'il s'agit de recouvrir de peau.

Ce procédé opératoire a donné un magnifique succès dans un cas où il ne restait plus, de la moitié gauche de la lèvre inférieure, que quelques débris du bord libre, le reste ayant été détruit par des ulcérations tertiaires.

3° La totalité des parties constituant l'une ou l'autre lèvre ont été détruites: il ne reste ni peau, ni muscles, ni muqueuses, ni bord libre. La lèvre doit être refaite de toutes pièces.

En pareil cas, il faut reconstituer la lèvre qui manque au moyen de la peau et de la muqueuse de la joue qu'on réunit avec soin sur les limites de la perte de substance. Quand on a de la sorte ménagé une certaine longueur de peau doublée de muqueuse. on détache, sur une longueur suffisante, un lambeau large d'un ou deux travers de doigt comprenant cette union cutanéo-muqueuse, on l'infléchit de manière à l'amener prendre la place de la lèvre détruite, et on l'y fixe au moyen de nombreux points de suture. La perte de substance de la joue est fermée ensuite par un simple raprochement de ses bords ou par autoplastie. Au lieu d'un seul lambeau, on peut se servir de deux lambeaux latéraux constitués de la même façon sur chacune des deux joues, lambeaux que l'on réunit sur la ligne médiane, et dont chacun restaure une des moitiés de la lèvre détruite.

Terminons en signalant un travail de M. Sieur (de Lyon) **sur quatre observations d'ostéomes musculaires**. L'auteur admet la pathogénie de l'arrachement de parcelles périostiques. Citons encore des observations de **kystes hydatiques des muscles** dans les quelles M. Reboul (de Nîmes) montre combien l'erreur de diagnostic est facile. M. Rochet (de Lyon) insiste **sur la recherche voulue de la pseudartrose, à la suite de l'ostéotomie** et s'appuie sur un cas d'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire qu'il a guérie de cette façon.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

—

Deux cas de grippe à forme pseudo-polyurique, par P. Chatin et F. Collet. — Il s'agit dans la première observation d'un garçon de 20 ans, chez lequel il y eut, en pleine santé, début brusque d'une affection thoracique aiguë qui, en quelques jours, se traduisit par des signes stéthoscopiques rappelant une fonte purulente des deux sommets avec infiltration des deux poumons. Expectoration purulente dès les premiers jours, crachats nummulaires. L'examen bactériologique de ceux-ci, pratiqué deux fois, ne révèle pas de bacille de Koch. La température était élevée avec de grandes oscillations et le type inverse, la rate grosse et l'état général mauvais. La mort survint par asphyxie. A l'autopsie, on trouve de l'œdème pulmonaire généralisé et de la congestion des deux sommets, mais pas de tuberculose.

La seconde observation concerne un jeune homme qui, n'ayant aucune tare tuberculeuse dans ses antécédents héréditaires et personnels, présenta quelques jours après le début d'une affection thoracique aiguë des signes stéthoscopiques simulant à s'y méprendre des lésions motrices : diminution considérable de la sonorité, exagération des vibrations vocales, souffle caverneux et gargouillement. Ces signes avaient leur maximum d'intensité dans la région des sommets et s'accompagnaient de râles sous-crépitants dans les deux tiers inférieurs. L'absence de dyspnée et de fièvre, l'examen négatif des crachats purulents firent éviter le diagnostic de tuberculose.

Graves, B. et J. Teissier, Mizon ont signalé des cas analogues.

— **Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'eau bouillante.** — M. Bauby expose de la manière suivante, dans le *Midi médical*, la technique de ce traitement.

Le malade est généralement endormi, ébouillantement, sauf dans le cas où il s'agit de petits abcès étant particulièrement douloureux. Le malade endormi, trois procédés peuvent être mis en usage.

Dans un premier procédé, le liquide bouillant peut être rapidement porté dans la plaie au moyen de tampons que l'on retire directement de la bouilloire. Si l'on emploie ce procédé, il faut songer à garan ir de la brûlure les tissus sains et la peau en particulier. Pour y arriver, on environne le foyer opératoire jusqu'à ses bords d'épaisses compresses imprégnées de liquide froid. On peut aussi, dans certaines circonstances, remplacer les compresses par une irrigation froide continue faite autour de la plaie.

Les tampons cependant, offrent divers mouvements. L'eau se refroidit vite ; elle coule un peu partout, on ne peut en apprécier exactement la quantité utile et la pénétration; elle reflue surtout à l'extérieur et peut occasionner des brûlures de la peau, aussi dans les cavités pathologiques nous versons directement l'eau qui bout dans un récipient spécial.

Dans la clientèle une théière à long bec convient très bien pour cet usage.

C'est un appareil analogue que nous employons à l'hôpital. On verse exactement dans la plaie la quantité voulue. C'est une véritable douche d'eau bouillante que l'on dirige et que l'on règle à volonté. Quand la cavité est remplie, il faut éponger et recommencer plusieurs fois afin d'obtenir une action suffisante. On voit alors les tissus ébouillantés prendre une coloration grisâtre caractéristique.

Un autre genre d'ébouillantement consiste à chauffer dans la plaie elle-même de l'eau ordinairement froide ou à peine tiède. On élève sa température jusqu'à l'ébulition en y plongeant la lame du thermo-cautère portée au rouge vif et constamment avivée. Le temps nécessaire pour obtenir l'ébullition varie, mais n'est jamais bien long. Pour des abcès du volume d'un œuf de pigeon, par exemple, une minute est suffisante. L'eau se met à bouillir, elle prend une coloration gris verdâtre, se couvre d'une couche d'écume et s'évapore assez rapidement, en sorte que la cavité reste à peu près vide. Ses parois sont manifestement bouillies. Mais il est bon de recommencer l'opération quatre ou cinq fois pour obtenir un effet convenable.

On conçoit aisément que c'est là la meilleure manière de procéder puisque, d'une part, on est certain d'arriver à la température de 100 degrés, et que, d'autre part, on ne risque pas de produire des brûlures hors de la plaie.

Seulement on ne peut pas agir ainsi dans toutes les circonstances. Il faut, en effet, une plaie assez profonde, évidée en entonnoir, dont les bords puissent être tenus élevés et écartés au moyen d'érignes où de pinces, une plaie assez large pour que le fer rouge plongeant dans l'eau n'en touche pas les parois.

M. Bauby a cherché à remplacer l'eau bouillante par la vapeur d'eau surchauffée, l'huile bouillante ou la glycérine chauffée à une température élevée.

La difficulté pratique rencontrée dans l'emploi de ces substances y a fait renoncer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1894. — Présidence de M. Ferrand

Contribution à l'étude des érythèmes infectieux. — M. Galliard fait sur ce sujet une intéressante communication qu'il divise en trois grandes parties :

Erythèmes toxiques. — M. Sirdey a eu raison d'insister, dans sa dernière communication, sur la fréquence des érythèmes médicamenteux et sur les difficultés qu'ils peu-

vent créer au point de vue du diagnostic. M. Galliard cite plusieurs faits personnels d'éruptions médicamenteuses.

En général, la susceptibilité individuelle dont M. Siredey a parlé se révèle à la suite du premier contact, et sous l'influence de faibles doses des remèdes employés ; elle ne se manifeste pas à l'égard d'un seul médicament, mais d'une série de remèdes. On est rapidement averti de l'idiosyncrasie. Ces accidents, sauf dans les cas où les doses s'accumulent, n'ont qu'une gravité modérée.

Les érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. — Ils sont *précoces* ou *tardifs*. Ceux qui précèdent les taches rosées lenticulaires sont des rash scarlatiniformes ou morbiliformes, plus rarement des érythèmes papuleux ou musculeux ; ces derniers empêcheraient, s'ils existaient, de voir les taches rosées et de faire, par conséquent, le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Ceux qui sont postérieurs à l'apparition des taches rosées se manifestent soit à la période de début, soit au déclin, soit pendant la convalescence. Ils sont *bénins* ou *malins*. Plusieurs fois ils ont causé la mort.

L'éruption se manifeste d'abord sous forme de macules ou de papules aux poignets, aux coudes, aux genoux, aux malléoles, aux fesses, plus tard elle envahit les autres régions ; c'est de la confluence des taches initiales que résulte l'aspect scarlatiniforme. Les aspects sont, du reste, variés : érythème lisse, circiné, marginé, etc. ; érythème polymorphe.

L'étiologie est obscure. On admet généralement une infection secondaire. Hutinel insiste sur les aphtes de la bouche, comme portes d'entrée des microbes ; on peut envisager de la même manière les escarres, les excoriations cutanées, les ulcérations de l'intestin. Hutinel a signalé une petite *épidémie* de douze cas à l'hôpital des Enfants. Cette épidémie n'a sévi que sur les typhiques.

Les érythèmes infectieux dans le choléra. — Décrits en 1831 par Polya et Grünhut, en 1832 par Bobington (Angleterre) et Duplay (France), ils surviennent en moyenne 5 ou 6 fois sur 100 cas, si l'on prend la totalité des cholériques ; deux fois plus souvent si l'on prend seulement le chiffre des cholériques qui atteignent le second septénaire soit pour succomber soit pour guérir.

On ne les observe guère que dans les formes graves du choléra et pendant le stade de réaction ; à partir du huitième ou neuvième jour, rarement après le quinzième jour. Fréquence plus grande chez l'homme que chez la femme.

Précédés parfois d'épistaxis, ils s'accompagnent d'érythème bucco-pharyngé. Deux fois M. Galliard les a vu coïncider avec l'ictère.

Dans une statistique personnelle, sur 400 cas de choléra vus en 1892, 21 érythèmes ; 13 femmes et 8 hommes. Sur 21 cholériques, 13 ont guéri (réactions régulières, avec ou sans fièvre) ; 8 ont succombé (réactions congestives ou abortives).

On ne peut attribuer aux érythèmes une valeur pronostique favorable ni défavorable.

Ayant conservé depuis plus de 60 ans la même physionomie clinique, malgré les nombreuses variations des traitements employés, ils ne sont pas influencés par les médications ; l'emploi du calomel lui-même n'en a pas augmenté la fréquence. Rien à dire de la transfusion intra-veineuse et des médicaments externes.

Ils ont une ressemblance remarquable avec les érythèmes maculeux et papuleux de la fièvre typhoïde ; mêmes localisations au début, même marche ; seulement ils durent moins longtemps, sont plus réguliers dans l'époque de leur apparition, sont moins souvent graves. Les cholériques ne meurent pas de leur érythème.

Comparaisons et conclusions. — Il faut comparer les érythèmes infectieux de la

fièvre typhoïde et du choléra asiatique à ceux de la diarrhée cholériforme, du choléra nostras, de la diphtérie, etc.

Si, avec Gueyras et Broca (1887) qui ont admis la spécificité de la roséole cholérique, on donne à cette dermatopathie le nom de *choléride*, il faut admettre aussi une *dothiénentéride* et une *diphtéride*. Ce sont alors des *symptômes* et non des complications de l'infection due au bacille virgule de Koch, au bacille d'Eberth ou au bacille de Lœffler.

D'après Mussy (thèse de Paris, 1892), il faut attribuer l'érythème de la diphtérie au streptocoque ; d'après Lesage et Macaigne, ceux du choléra sont dus au coli-bacille qu'on a aussi incriminé dans la fièvre typhoïde. Pour ces auteurs, l'érythème correspond à une complication secondaire ; il constitue dès lors une *complication* de la maladie initiale.

Ce que nous savons des mœurs cliniques du streptocoque et du coli-bacille ne nous permet pas d'attribuer à ces microbes (et à leurs toxines) plutôt qu'aux bacilles de Koch, d'Eberth et de Lœffler ces manifestations cutanées.

Il semble que les uns et les autres soient capables de devenir au même degré *érythrogènes*.

Dans quelles conditions le deviennent-ils ? Cela est difficile à préciser actuellement. Il faut tenir compte des prédispositions individuelles, des idiosyncrasies, surtout lorsqu'on voit les érythèmes se reproduire à l'occasion de diverses maladies aiguës.

M. Catrin (Val-de-Grâce) communique une observation de *volvulus de l'S iliaque* ayant amené la mort au 6e jour sans vomissements fécaloïdes.

COURRIER

Nécrologie. — Mercredi dernier ont eu lieu les obsèques du docteur Legroux, de Paris, enlevé prématurément à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis. Agrégé de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Trousseau, chevalier de la Légion d'honneur, Legroux avait rapidement marché sur les traces de son père, agrégé et médecin des hôpitaux comme lui. Né le 21 octobre 1843, à Paris, il eut une brillante carrière, la liste de ses travaux est considérable. C'est encore une grande perte pour le corps des hôpitaux si éprouvé depuis quelque temps.

Distinctions honorifiques. — M. le président de la République, dans une visite à l'institut Pasteur, a tenu à féliciter en personne les collaborateurs de l'illustre savant au sujet du traitement de la diphtérie par la sérothérapie. Les distinctions honorifiques suivantes ont été accordées :

M. le docteur Roux est promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur. Ses collaborateurs, MM. Martin et Chaillou, Mme Daussoir, surveillante du pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Assistés, sont nommés officiers d'Académie, Mme Gigot, surveillante du pavillon des diphtériques de l'hôpital Trousseau, a reçu la médaille d'or des épidémies.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. E. Rochard : La Société de chirurgie. — II. Congrès français de médecine interne.— III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Feuilleton. — V. Courrier.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance de mercredi dernier a été consacrée à plusieurs communications intéressantes. Nous allons en donner le résumé en suivant l'ordre du jour. C'est d'abord M. Zancarol, bien connu des membres du Congrès français de chirurgie, qui apporte à la tribune deux cas d'*anus contre nature* qu'il a guéris par une intervention heureuse. Il s'agissait, chez la première malade d'une pelvipéritonite causée par des manœuvres abortives, pelvipéritonite ayant déterminé des suppurations dans les fosses iliaques et du côté du ligament large gauche. Les incisions nécessaires furent faites; mais, devant la généralisation des accidents, M. Zancarol fit la laparotomie médiane et, après avoir triomphé des adhérences qu'il rencontra, tomba sur un intestin perforé avec ectropion de la muqueuse. Il fixa l'ouverture intestinale à la paroi, créant ainsi un anus contre nature qu'il entreprit de fermer plus tard ; pour ce faire, il entoura la collerette muqueuse d'une incision circulaire portant sur la peau en dehors de la zone infectée, libéra l'intestin jusqu'au péritoine sans l'ouvrir ; puis, attirant au dehors le conduit ainsi mis à nu, il le bourra de gaze iodoformée et, à l'aide d'une pince, ferma l'ouverture de façon à empêcher toute infection. Il ouvrit alors le péritoine et se mit en demeure de pratiquer les sutures muco-muqueuses et séro-séreuses. Il avait, à la suite de cette manœuvre, une anse intestinale parfaitement libre qu'il abandonna dans l'abdomen et la malade guérit fort bien. Comme on le voit, l'éperon ne devait pas exister, puisqu'on ne fut pas obligé de le sectionner. Il n'en fut pas de même dans le second cas où la technique opératoire fut la même, sauf ce point particulier que l'éperon dut être sectionné et la plaie ainsi produite suturée.

FEUILLETON

Quelques réflexions au sujet du combat naval de Ya-Lu.

Il n'y a point de batailles sans blessés. C'est à la faveur de cette considération que le combat naval de Ya-Lu, entre les flottes chinoise et japonaise, peut devenir le légitime sujet de cette causerie. Aussi bien, l'éloignement des mers où il a été livré, la qualité des peuples qui s'y sont trouvés aux prises, en rendant impossible, pour longtemps peut-être, la connaissance des détails précis de la lutte, ne permettent point d'apporter dans l'étude des conséquences qu'on voudrait en tirer, une rigueur assez exacte pour justifier, en ce moment, un travail de plus grande portée. Ce qu'on a su de cette lutte suffit cependant à jeter quelque jour sur les conditions des guerres maritimes modernes.

Il y a quarante ans, l'introduction dans l'architecture navale du blindage des navires marquait le point de départ de la plus étonnante et de la plus rapide évolution qu'aient jamais subie les marines militaires. Cette évolution se poursuit encore sous nos yeux ; on ne sait où elle s'arrêtera. Par un hasard singulier, cette période

M. Zancarol conclut de ces deux faits que le point capital dans la cure de l'anus contre nature est la libération complète des adhérences qui unissent la paroi à l'intestin, de façon à pouvoir abandonner l'anse intestinale dans la cavité abdominale.

Le *Manuel opératoire de la gastrostomie* fait l'objet d'une communication de M. Villar (de Bordeaux). La modification qu'il a employée est celle de Franck (de Vienne), qui consiste à faire un canal à l'aide de la paroi antérieure de l'estomac. Les aliments et le suc gastrique sont ainsi facilement maintenus dans la cavité stomacale. Un rapport sera fait sur cette observation.

C'est aussi de la *chirurgie de l'estomac* que vient nous entretenir le professeur Terrier. Déjà, il y a quelques mois, il avait cité le cas d'une femme chez laquelle la rupture des adhérences qui existaient entre la paroi antérieure de l'organe et la face inférieure du foie, avaient suffi pour amener la guérison. C'est un cas analogue qu'il relate aujourd'hui. Il s'agissait encore d'une femme ayant des accident dont le début remontait à dix-sept ans avec hématémèse et arrivée à un tel degré de dénutrition qu'elle ne pesait plus que 40 kilogrammes. Le diagnostic d'ulcération de l'estomac fut fait et M. Terrier pensa à des adhérences.

Il pratiqua la laparotomie et rencontra, en effet, une induration du cardia et des brides réunissant la glande hépatique à l'estomac. Elles furent sectionnées et cette femme, qui était dans un état grave, avait au bout de deux mois gagné 4 kilogrammes et se porte admirablement à l'heure qu'il est. Ces interventions sont encore exceptionnelles, nous dit le professeur Terrier ; il en existe cependant un certain nombre de cas. Landerer (de Munich) a fait une opération analogue ; mais, dans un récent travail de Riedel, sur les adhérences qui peuvent être rencontrées dans la cavité abdominal, il n'est pas cité.

M. Bazy donne alors deux observations dans lesquelles la rupture des adhérences a fait disparaître les douleurs et complètement transformé l'état du malade. Dans un cas, il s'agissait, au cours d'une hernie étranglée,

---

de transformation a été également une période de paix maritime et il en est résulté que personne ne saurait dire aujourd'hui ce que serait la rencontre des flottes de deux grandes puissances. Le célèbre combat de Lissa ni la croisière de notre escadre dans la Baltique, en 1870, n'ont fourni de renseignements à cet égard. A Lissa, les navires en présence étaient de types trop différents et les circonstances du combat trop anormales pour qu'on en puisse déduire quoi que ce soit ; et chacun sait quelle navrante inactivité fut imposée à nos bâtiments pendant leur douloureuse campagne sur les côtes allemandes. Nos marins n'ont pas depuis retrouvé l'occasion de lutter avec des adversaires dignes d'eux et, d'ailleurs, les navires dont se composaient les forces de l'amiral Courbet n'étaient pas de ceux qu'on verrait aux prises aujourd'hui dans l'Atlantique, la Manche ou la Méditerranée.

Les quelques faits d'armes dont les dissensions ou les rivalités de certains peuples sud-américains ont été l'occasion n'ont apporté que des éléments très secondaires à la solution du problème. Sur les côtes du Pacifique, il n'y a pas eu de combat d'escadre. Tout s'est borné à de véritables duels de navires, et on risquerait de commettre de graves erreurs en voulant étendre à des guerres plus importantes les enseignements de détail qu'ils ont pu fournir. Des canonnades entre deux ou trois bâtiments ne

de la section d'une bride épiploïque et, dans un autre, d'adhérences établies entre un kyste de l'ovaire et le grand épiploon. La libération de ces parties parut rendre sa liberté au tube gastro-intestinal.

M Lucas-Championnière a aussi à son actif une cure de cette nature. Le malade opéré avait été vu par les plus grandes sommités médicales qui n'étaient pas arrivées à un diagnostic. Seul, son médecin particulier ayant remarqué que les douleurs se montraient surtout trois heures après les repas, fut porté à penser que l'estomac était gêné dans son fonctionnement. Ce fut l'avis de M. Championnière qui fit la laparotomie, trouva des adhérences, les sectionna et guérit son malade.

M. Terrier termine cette petite discussion en faisant ressortir que son but a été de montrer que ces adhérences partaient de l'estomac qui, malade, prenait des connexions inflammatoires avec les organes environnants.

C'est encore sur un cas de chirurgie abdominale que M. Richelot fait ensuite un rapport dont le point de départ est un travail de M. Hartmann. Ce chirurgien pratiqua la *résection du cœcum* pour un rétrécissement inflammatoire de cette région, fit une enterorraphie circulaire et guérit son malade.

Le rapporteur résume brièvement mais complètement cette intéressante observation en faisant remarquer que M Hartmann, sans instruments spéciaux, a mené à bien cette suture intestinale, et, passant à l'étude anatomique de la lésion, montre combien il est quelquefois difficile d'être fixé sur la nature de l'affection. Aussi, dans le cas qui l'occupe, c'était une lésion inflammatoire pure sans traces de cancer ni de tuberculose.

M. Richelot passe ensuite en revue les cas de résection totale du cœcum qui sont encore assez peu nombreux et rappelle l'opération de ce genre qu'il a faite avec succès dans un cas de tuberculose. On a obtenu de même des guérisons dans le cancer, dans le sarcome, ce qui est encourageant et doit faire accepter cette opération.

Abordant ensuite le manuel opératoire, l'orateur montre que la région iléocœcale est privilégiée à cause de sa largeur et que l'inégalité de calibre

---

peuvent donner une idée de ce que serait la redoutable mêlée de deux grandes flottes actuelles.

A Ya-Lu, au contraire, vingt-cinq navires de combat (dont quatorze chinois et onze japonais), plus huit torpilleurs, ont été engagés dans une bataille sérieuse. Tous ou presque tous ces bâtiments étaient de types récents, bien armés, répondant à toutes les exigences de la guerre moderne. Pour n'en citer qu'un seul, le cuirassé qui portait le pavillon de l'amiral Ito et qu'il nous avait été donné de visiter en rade de Toulon peu de temps avant son départ pour le Japon, ne le cédait en rien, comme puissance, aux navires des flottes européennes.

Les deux escadres ont combattu, pendant six heures, presque uniquement à coups de canon. On sait le résultat : quatre vaisseaux chinois ont été coulés et trois incendiés; les autres se sont retirés fort endommagés. Les Japonais n'eurent que des avaries très graves, sans pertes de navires Cette différence est due à l'infériorité des équipages chinois et aux fautes de tactique de leur chef. Mais cela importe peu. Ce qu'il faut retenir, c'est ce fait capital : l'artillerie seule suffit en peu d'heures à détruire la moitié d'une flotte et à mettre ce qui reste hors de combat. Ni la torpille, en effet, ni l'éperon n'ont joué un rôle efficace dans cette action. Les torpilleurs, à vrai dire, étaient peu

ne crée pas de difficultés ; ce qui rend l'opération délicate, ce sont les connexions de la partie malade et les adhérences qu'elle a contractées ; mais il faut savoir qu'on peut avoir de cruelles déceptions du fait de la suture et que le plus petit point de sphacèle au niveau d'un fil suffit pour tout perdre. C'est pour ce motif et aussi pour la longueur de l'opération que des chirurgiens préfèrent l'anus contre nature; mais là n'est pas le progrès, ce n'est qu'un pis aller.

M. Richelot nous donne ensuite son avis sur l'application du bouton de Murphy, qui constitue pour lui un gros progrès. C'est là la solution du problème. On a dit que le calibre de l'intestin ne laissait pas évacuer le bouton, on a même voulu le démontrer dans les laboratoires, mais il n'en est pas moins certain que les malades le rendent, et, en tout cas, dans la région iléocœcale cet argument ne peut être invoqué.

Tel n'est pourtant pas l'avis de M. Championnière, qui ne se représente pas comment on peut facilement placer le bouton sur deux parties ayant un calibre aussi inégal et qui trouve que l'entérorraphie circulaire est difficile dans la région iléocœcale, à cause de la limitation de la région qui ne permet pas de dépasser largement le mal. Ce à quoi M. Richelot répond qu'on abouche l'iléon au côlon, ce qui donne toute la marge qu'on désire et qu'une fois ces deux parties intestinales sectionnées et débarrassées des matières et des gaz, la différence de calibre n'est plus si considérable que cela.

M. Th. Anger rappelle une résection du cœcum pour cancer qu'il a faite avec succès, et la séance se termine par des présentations de malades.

Eugène Rochard.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

—

Le diabète

M. Lancereaux, dans un rapport résumant nettement la question, a montré que dans l'état actuel de la science, il y avait lieu d'admettre trois formes cliniques de diabète : le diabète nerveux, le diabète gras, le diabète pancréatique. Ces trois formes sont con-

---

nombreux et le combat a eu lieu pendant le jour ; mais il y a tout lieu de penser que ce sont là les conditions les plus probables où se passeront toujours les batailles de ce genre. Quant à l'éperon, son intervention apparaît réduite à rien ; ce qui ne saurait surprendre. Le coup d'éperon pourra être un incident exceptionnel et fortuit dans un combat naval ; il ne sera pas un mode normal d'attaque. Il ne servirait guère qu'à couler un bateau désemparé, ne manœuvrant plus, incapable, par conséquent, d'attaquer ou de se défendre. Ce ne serait, dans ces conditions qu'un acte d'inutile barbarie auquel il est à espérer que des hommes civilisés n'auraient pas la cruauté de se laisser entraîner. Ajoutons que l'épouvantable catastrophe du *Victoria* a démontré à quels dangers s'exposait le bâtiment abordeur lui-même. Si, un choc, dont la violence a été aussi atténuée qu'on a pu, avec une vitesse très réduite et sous un angle défavorable, a mis le *Camperdown* dans un lamentable état, qu'adviendrait-il d'un bâtiment se jetant à toute vapeur sur un autre ; et ne sombreraient-ils pas tous les deux ?

Une première conclusion se dégage donc. Les combats navals seront avant tout et presque exclusivement des combats d'artillerie ; car il semble, d'autre part, que la facilité et la liberté des évolutions obligera de maintenir entre les deux partis une distance assez grande pour que les feux de mousqueterie soient inutiles ou inefficaces.

nues de nos lecteurs, et on trouvera, dans une Revue générale parue ici même, au commencement de cette année, l'exposé des beaux travaux de M. Lancereaux (1). Ceux de von Mering, Lépine, Hédon, Gley, Thiroloix, ont fait l'objet d'une autre Revue consacrée à l'étude du diabète expérimental et parue en 1893, il est donc inutile de les exposer de nouveau. Toutes les recherches ont conduit à démontrer le rôle du pancréas dans la genèse de certains diabètes, et M. Lépine a serré le fait de plus près en cherchant à prouver que le produit déversé dans le sang par la glande pancréatique est un ferment soluble détruisant le sucre. M. Lancereaux ne croit pas cette théorie admissible, car la destruction du sucre, dit-il, s'opère non dans le sang, mais dans les tissus, et, de plus, M. Arthus a dit que la glycolyse était un phénomène cadavérique. MM. Chauveau et Kauffmann ont voulu rattacher au même mécanisme les diabètes pancréatique et nerveux. Le produit de la sécrétion interne du pancréas, d'après ces expérimentateurs, agit sur les centres nerveux formateur et excitateur de la sécrétion du sucre, en stimulant le premier qui est bulbaire et en modérant le second situé à la partie supérieure de la moelle épinière. De plus, la sécrétion interne du pancréas agirait pour modérer la désintégration de tous les tissus, enfin elle modérerait aussi *directement* le fonctionnement des cellules hépatiques. L'appareil glycoso-formateur serait donc formé de deux parties essentielles : le foie et le pancréas.

M. Lépine est venu répondre aux objections dirigées contre la théorie du diabète. Le ferment glycolytique est contenu dans les globules blancs et ce ferment joue le plus grand rôle dans la consommation du sucre par les tissus ; il a été isolé en solution dans l'eau. M. Arthus a dit que la glycolyse était cadavérique, le ferment ne se produisant que quand le sang se coagule. Il est vrai que dans une vessie fermée à ses deux bouts, le sang de cheval ne se coagule que très tardivement et ne perd pas d'abord de son sucre, mais on peut voir se produire la glycolyse si on retourne la vessie, c'est-à-dire si on met les globules blancs, sédimentés quand la vessie est immobile, en contact avec la masse du sérum.

Toutes les expériences plus ou moins contradictoires tendant à montrer que la glycolyse est un phénomène cadavérique sont toujours infirmeées par ce fait ou que l'on empêche le ferment contenu dans les leucocytes de se répandre dans la masse du sang.

L'incendie, comme cause de destruction des bâtiments, ne peut guère, malgré, l'exemple de Ya-Lu, entrer en ligne de compte. La flotte chinoise possédait quelques bâtiments un peu plus anciens, où le bois était encore largement employé. Il n'en serait plus de même à l'avenir.

Reste le « coulage à fond ». Les navires que les projectiles des Japonais ont ainsi détruits étaient des croiseurs sans protection ou à protection tout à fait réduite. Mais les cuirassés, proprement dits, ont résisté victorieusement aux obus de rupture ; on a pu compter, sur la ceinture d'acier de l'un d'eux, les marques de deux cents coups de canon, et la cuirasse n'avait pas été percée.

Ainsi, deux escadres modernes pourront se canonner longuement, tant qu'il y aura des projectiles en soute et des hommes intacts pour servir les pièces. Les bons pointeurs feront la victoire, ce qui est pour notre marine (soit dit en passant) une pensée très justement rassurante. Les désastres foudroyants de la torpille, de l'éperon, du feu, du naufrage, qu'on semblait croire si menaçants, seront beaucoup plus rares qu'on n'est porté à le craindre. Dès lors le rôle du service médical est moins négligeable, moins nul qu'un grand nombre d'esprits fort sages ne l'ont cru et ce doit être un encouragement à poursuivre l'amélioration et les progrès de ce service.

(1) Voyez *Union médicale*, 1894, 1er semestre, n° 20, p. 231.

ou que l'on opère dans des conditions telles que les globules blancs restent intacts (addition d'un peu de fluorure de sodium au sang qui sort d'un vaisseau).

Si le ferment glycolytique était cadavérique, comment comprendre qu'il augmente dans le sang après l'introduction, sous pression, de quelques centimètres cubes d'huile stérilisée dans le canal de Wirsung ? Ces quelques centimètres cubes d'huile n'entrent pas dans le sang et ne peuvent le modifier en aucune manière. Comment comprendre aussi qu'il augmente après la section, et surtout consécutivement à l'excitation électrique des nerfs pancréatiques, qui sont également sans aucun rapport avec le sang. Ces faits, dont la réalité est prouvée par de fort nombreuses expériences et qui ne peuvent être mis en doute, trouvent leur explication toute naturelle (ainsi que la diminution du ferment glycolytique consécutive à l'ablation du pancréas), en admettant que le pancréas produit le ferment glycolytique et que de cette glande il est emporté par les globules blancs du sang et de la lymphe.

Chez l'homme diabétique, le pouvoir glycolytique du sang est presque toujours diminué ; mais il ne faut pas généraliser le fait. Dans la glycosurie due à l'intoxication par la vératrine, ce pouvoir ne semble pas atteint.

MM. Chauveau et Kauffmann ont admis que toute hyperglycosurie tient à une augmentation de la production du sucre : cette conclusion est trop absolue pour M. Lépine, car il est certain que la consommation du sucre est constante chez le diabétique, ce qui concorde avec la diminution du pouvoir glycolytique du sang de ces malades. Chez les chiens dépancréatisés, ce pouvoir est très diminué ; cependant cette diminution n'existe pas toujours, ce qui tient probablement à l'intervention de quelques organes, les glandes salivaires, les glandules duodénales, par exemple (glycosurie au moins temporaire par extirpation du duodénum, obtenue par de Dominici, Réale et de Renzi).

Il y a d'autres éléments pathogéniques du diabète que la diminution du pouvoir glycolytique du sang.

Un d'eux est l'insuffisance des cellules hépatiques à transformer, par synthèse, en glycogène, le sucre circulant en trop grande abondance dans le sang. Le docteur Colrat l'a décelée chez des malades atteints de cirrhose du foie, en constatant chez eux de la glycosurie temporaire après l'ingestion d'une certaine quantité de sucre. Cette glycosurie temporaire expérimentale a été beaucoup étudiée dans ces derniers temps. On a reconnu

---

On ne sait malheureusement rien d'assez précis sur la proportion des hommes atteints pendant la bataille d'Ya-Lu. On ne connaît, ni d'un côté ni de l'autre, le nombre des morts et des blessés. Toutefois, les chiffres transmis à cet égard, encore que très sujets à caution, ne semblent pas indiquer que les pertes aient été très exagérées sur les bâtiments qui ont pu se retirer après la lutte. Et on est d'autant plus fondé à les croire voisins de la vérité qu'on les trouve concordants à peu de chose près avec ceux qui ont été relevés dans plusieurs engagements entre les navires du Chili et du Pérou, engagements où le canon seul aussi, comme à Ya-Lu, a joué un rôle. Ils ne peuvent, en tout cas, que donner plus de poids aux calculs de probabilité établis par un de nos confrères de la marine (1) au sujet des conditions où se trouverait placé le personnel médical des bâtiments de divers types, pendant une bataille. Et, fort heureusement, les exigences auxquelles il aurait à satisfaire ne seraient pas au-dessus de ses ressources, à condition que tout fût convenablement et sérieusement organisé. L'enlèvement des blessés, leur descente au poste des chirurgiens, les soins à leur donner, tout cela sera très probablement possible pendant le combat même et moins difficile qu'on ne l'a dit.

(1) Docteur Palasne de Champeaux. *In Arch. de méd. nav.*, avril 1894.

qu'elle est, en somme, physiologique et s'observe à peu près chez tout le monde, pourvu qu'on ingère une quantité suffisante de sucre (plus de 300 grammes pour un homme sain), qu'elle est beaucoup plus facile à provoquer chez les animaux inanitiés et dans certaines maladies nerveuses, notamment dans le goitre exophtalmique où parfois se rencontre un diabète léger, spontanément, c'est-à dire sans ingestion du sucre. Seegen rapporte, comme on sait, la forme bénigne du diabète à cette insuffisance des cellules hépatiques, et Pavy paraît considérer la glycosurie alimentaire comme la caractéristique en quelque sorte, du diabète.

L'impuissance du foie à emmagasiner du glycogène se voit aussi chez les chiens dé-pancréatisés ; c'est un point sur lequel ont insisté MM. Minkowski et Hedon : on a beau alimenter largement les animaux, leur foie ne renferme que des traces de glycogène ; et ce qui prouve bien que cette anomalie est en rapport avec le diabète, c'est qu'elle ne se produit pas chez les oiseaux après l'extirpation du pancréas, laquelle n'est pas suivie de glycosurie chez ces animaux.

Un autre élément pathogénique du diabète, c'est la trop grande facilité avec laquelle la cellule hépatique transforme son glycogène en glycose qu'elle cède au sang des veines sus-hépatiques. La célèbre expérience de la piqûre du quatrième ventricule, prouve l'importance de l'intervention du système nerveux dans cet acte de désassimilation. Le professeur Morat s'est attaché à montrer qu'en réalité cet acte peut être comparé à une section, et ne s'explique point par l'action des nerfs vaso-dilatateurs.

Relativement à l'action du système nerveux sur la fonction glycosoformatrice du foie il faut rappeler ici qu'elle est arrêtée par la section de la moelle à la partie supérieure de la région dorsale (Chauveau et Kaufmann).

D'après M. Kaufmann, la sécrétion interne du pancréas modérerait directement la fonction glycosique des cellules hépatiques. Cette action s'exercerait-elle sur les éléments nerveux du foie, où sur les cellules elles-mêmes, c'est ce qu'il est impossible de dire. En tout cas, après la mort, alors qu'aucune action nerveuse ne peut intervenir, il se forme encore du glucose, ce qui prouve qu'elle n'est pas indispensable.

Faut-il supposer, avec ou sans l'intervention d'une influence nerveuse, l'action d'un ferment diastasique sur le glycogène contenu dans les cellules du foie ? Cette question est encore fort obscure. On sait que M. Dastre n'a pas trouvé de ferment diastasique

---

Il n'est pas sans intérêt et sans utilité de réagir doucement contre l'exagération des idées qui se sont graduellement implantées dans les milieux maritimes, sur cette question. Admettre qu'un navire qui se battra sera le théâtre d'hécatombes tellement nombreuses et tellement rapides qu'on ne pourra songer ni à relever les blessés ni à les mettre à l'abri ; que les postes de pansements seront en un clin d'œil assez encombrés de victimes pour que les médecins soient mis, en quelque sorte, dans l'impossibilité matérielle d'agir ; qu'il sera insensé de songer à s'occuper des hommes atteints et à leur porter secours avant que le combat n'ait pris fin, c'est soutenir une thèse non seulement fausse, mais horriblement dangereuse. Je ne parle point de l'effet désastreux qu'elle est de nature à produire sur le moral des équipages, ce premier facteur de la victoire ; mais des conséquences déplorables qu'elle est de nature à entraîner au point de vue de l'organisation et du bon fonctionnement des secours.

Si, depuis tant d'années, les efforts des médecins de marine restent sans effet, si les questions qui intéressent l'avenir de leur corps restent sans solution, si l'auteur d'un beau travail et d'un séduisant projet de transport des blessés à bord a pu s'entendre dire par un des chefs de notre marine : « Il y a déjà quatre-vingt-dix-neuf moyens de descendre les blessés dans la cale, que voulez-vous que nous fassions du centième ? »

dans le foie ; M. Lépine n'a pas vu que l'injection de 100 cc. de salive humaine dans une veine mésaraïque chez un chien sain fût suivie d'une hyperglycémie notable. Il a trouvé avec M. Barral que le ferment diastasique du sang est diminué chez le chien privé du pancréas, ce qui n'est pas étonnant d'ailleurs et, ce qui est plus important, que l'urine des malades diabétiques ne renferme pas un excès de ce ferment.

Plusieurs chimistes, des plus autorisés, ont admis que le sucre fait partie de la molécule d'albumine. Il suffit de citer M. Schützenberg, dont la compétence dans la question de la constitution des matières albuminoïdes est indiscutée. Dans son dernier ouvrage, M. Pavy considère comme absolument démontré le fait de la production du sucre aux dépens des matières albuminoïdes. M. Lépine a, avec M. Métroz, apporté à l'appui des expériences probantes. Dès lors, on comprend que la fragilité de la molécule d'albumine soit un élément possible du diabète sucré. Certaines formes cliniques, où domine la consomption, s'accordent bien avec cette pathogénie, à laquelle a recours, comme on sait, le professeur Seegen pour expliquer le diabète grave. Il est possible que, comme le pense M. Hédon, le pancréas agisse par la sécrétion interne sur la nutrition générale. En fait, on voit survenir cette forme de diabète dans le cas de lésions graves du pancréas.

Seulement, il faut bien savoir qu'avec un pancréas macroscopiquement et *histologiquement sain* on peut également observer la même forme de diabète, ainsi que M. Lépine l'a déjà fait plusieurs fois remarquer, ce qui se comprend par le fait que les vasomoteurs ont une grande influence sur la sécrétion interne.

Voilà quelques-uns des *éléments* pathogéniques du diabète et il en est sans doute bien d'autres. Selon toute vraisemblance, il faut le concours de plusieurs d'entre eux pour déterminer cet état morbide. Suivant les cas, un ou deux prédominent, de là viennent les variétés de forme du diabète qu'il serait impossible d'expliquer avec une pathogénie toujours identique.

M. Lépine a pu faire naître dans le sac pancréatique un pouvoir glycolytique en le traitant par une solution d'acide sulfurique au millième ; la cellule hépatique hydratant son ferment saccharifiant pour produire le ferment glycolytique.

(A suivre)

Cela ne tient-il pas à cette conviction sans fondement, qui s'est peu à peu ancré dans tous les esprits, à savoir : que les conditions de la guerre navale à notre époque étant devenues telles que l'intervention du service de santé est rendue presque illusoire, il est inutile de se préoccuper d'en assurer le fonctionnement? Pour étrange que paraisse l'opinion que j'avance, elle n'est peut-être pas fort éloignée de la vérité.

Il est temps de détruire la légende avant qu'elle ne soit devenue un dogme. Ce qui s'est passé dans le golfe du Petchili est le meilleur argument à lui opposer. L'événement vient, en effet, de démontrer qu'il est permis, même aujourd'hui, à deux grandes armées navales de se mesurer et de se combattre pendant de longues heures sans disparaître entièrement. Leurs luttes ne seront pas essentiellement différentes de ce qu'ont été les grosses batailles du temps passé, et ne seront certainement pas plus meurtrières ; l'importance du rôle dévolu aux médecins pendant leurs émouvantes péripéties n'est pas amoindrie ; la tâche de bienfaisance, de salut et d'humanité qui leur incombe reste entière, non seulement dans sa grandeur, mais aussi dans son efficacité. C'est à nos confrères de redoubler d'efforts, de zèle et de travail pour le démontrer.

Je ne puis ici qu'indiquer toutes ces choses à très grands traits. Leur développement, si attrayant qu'il soit, m'entraînerait trop loin. Pourtant, il est encore un point

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1894. — Présidence de M. Rochard

Les tractions rythmées de la langue

M. Labbé vient confirmer d'une façon éclatante la puissance des tractions rythmées de la langue dans le traitement des accidents chloroformiques. Longtemps il avait cru que la respiration artificielle était le seul remède efficace, à condition de la prolonger le temps suffisant : il reconnaît maintenant quc les tractions rytnmées sont de beeucoup plus énergiques. Il cite à l'appui une observation récente où un malade, considéré comme mort par les médecins qui l'entouraient, revint à la vie avec une rapidité stupéfiante grâce aux tractions linguales.

M. Verneuil parle dans le même sens et affirme l'efficacité remarquable des tractions rythmées. Il leur ajoute d'ordinaire des flagellations faites sur la région épigastrique.

M. Laborde : Il m'est impossible de ne pas remercier mes honorables collègues qui viennent de joindre leur haute autorité aux attestations déjà si nombreuses des succès de la méthode des tractions rythmées.

A cette methode, qui était née justement des observations si nombreuses faites, avec succès, au laboratoire, des accidents chloroformiques chez les animaux en expériences, il manquait une consécration : celle des chirurgiens. J'en étais d'autant plus frappé que je n'ignorais pas les faits d'alerte chloroformique qui avaient déjà donné lieu à des applications heureuses et même de cas véritables de mort apparente, tel que celui de mon collègue et ami, M. Perier, que j'ai eu le regret de ne pas voir apporté à cette tribune. Je connaissais aussi, par communications verbales, certains autres cas, ou plutôt certains autres succès obtenus dans des services hospitaliers, mais j'attendais que l'un d'eux vous soit enfin révélé par une voix autorisée. MM. Labbé et Verneuil venant d'apprécier, avec leur haute compétence, l'efficacité de la méthode des tractions linguales. Je me félicite de leur intervention surtout à, cause des services qu'elle est appelée à rendre.

---

que je demande la permission d'effleurer avant de terminer. Il a trait à la convention de Genève et à son application aux guerres maritimes. Les raisons pour lesquelles toutes les tentatives faites à ce sujet, depuis un quart de siècle, sont restées vaines, malgré tant de bonne volonté déployée, de zèle et de dévouement dépensés, de réunions, de congrès, d'actions diplomatiques mis en œuvre ne sont peut-être pas différentes de celles que je formulais à l'instant. Comment s'entendre sur les moyens à employer quand on ignore les détails du but à atteindre? Le concours ouvert sur cette question en 1891, par l' « Union des Femmes de France » faillit échouer faute de concurrents. On peut dire qu'un seul mémoire y fut présenté. Il y en eut deux, en réalité, mais l'un des deux auteurs s'était borné à expliquer complaisamment les motifs qui l'avaient empêché d'étudier sérieusement le problème.

L'autre mémoire, qui fut couronné, n'était pas dû à la plume d'un médecin. Le rapporteur, déplorant cette pénurie de travaux, en cherchait la cause dans le peu d'espace de temps (près d'une année !) qui s'était écoulé entre l'annonce et la clôture du concours, ou dans la difficulté de la matière à traiter. Les deux motifs avaient sans doute eu leur part inégale dans l'insuffisance du résultat. Je crois plus volontiers, cependant, que l'incertitude, l'ignorance même des points à résoudre aurait dû

« Il faut frapper, frapper souvent sur l'enclume » aimait à répéter notre illustre maître Claude Bernard. Je n'ai pas hésité, chaque fois que j'avais un succès nouveau, à vous l'apporter, au risque de paraître importun. Je savais que c'était le meilleur moyen de vaincre certaines hésitations et, en tout cas, je ne recule jamais devant une importunité de cette sorte quand je suis convaincu qu'elle est de nature à être de quelque utilité.

C'est pour ce même motif que je n'ai jamais cessé de rappeler — et c'est là la notion fondamentale qui n'est pas encore connue de tous — que les tractions de la langue ne sont pas un procédé de respiration artificielle. C'est tout différent et bien plus puissant.

C'est le moyen le plus simple d'utiliser le plus naturel et le plus commode, la langue, pour obtenir le réveil du phénomène biologique lui-même, c'est-à-dire du mécanisme respiratoires.

Et ce moyen est si puissant qu'il réussit même à ramener le phénomène et à le faire se manifester alors qu'il n'est plus possible de faire revivre la fonction. Il est, en outre, si bien à la portée de tous, même des plus incompétents, que de simples douaniers ont pu l'employer avec succès et que le directeur général des douanes a cru devoir faire distribuer des milliers d'instructions relatives au procédé sur tous les points du littoral français et algérien.

Que n'en est-il ainsi, — et je demande pardon à l'Académie de formuler ici moi-même ce vœu — que n'en est il ainsi à l'égard des sages-femmes, qui chaque jour se trouvent en présence d'accidents de mort apparente des nouveau-nés, accidents qui ont fourni le plus de succès à la méthode des tractions rythmées ! ! Je suis prêt, si l'Académie proposait une mesure analogue, à mettre à sa disposition le nombre d'instructions qu'elle pourrait désirer, et cela dans l'intérêt public, facile à comprendre.

Syphilis et paralysie générale

M. Fournier. — Le problème des rapports de la paralysie générale avec la syphilis ne sera, à mon avis, complètement élucidé qu'à l'époque où une solution précise aura été donnée aux quatre questions suivantes :

1° Existe-t-il, oui ou non, comme résultat possible de la syphilis, un syndrome clinique qui mérite le nom de pseudo-paralysie générale syphilitique ?

---

seule être accusée. Cela semble d'autant plus vrai qu'un travail d'une haute importance et d'une grande valeur, publié au commencement de la présente année par la *Revue maritime et coloniale*, travail fort étudié et très développé (1), trahit encore le flottement d'un esprit d'ailleurs très compétent, et la vague où s'estompent en traits indécis les plans des actions à coordonner.

Le combat de Ya-Lu a-t-il apporté ou apportera-t-il quelque éclaircissement à cet égard ? Il serait téméraire, prématuré tout au moins, de l'affirmer nettement ; il est légitime de l'espérer et permis de le croire. Dès maintenant, on peut avancer qu'après une bataille livrée dans des circonstances analogues, près des côtes de la vieille Europe, l'intervention des sociétés de secours n'eût pas été une chimère. Ce genre de combats n'est sans doute qu'un cas particulier des guerres navales ; elles auront d'autres péripéties et d'autres aspects. Ce cas n'en restera pas moins l'un des plus fréquents en même temps que l'un des plus sérieux parmi ceux qui se présenteront. Il vaut donc la peine d'être minutieusement examiné, car il peut conduire à de très heureuses et très désirables conclusions pratiques.

(1) Dr Auffret. Secours aux blessés des guerres maritimes. Loc. cit. janvier-février 1894.

2° La paralysie générale vraie peut-elle, à un titre quelconque, dériver de la syphilis ? Et, en cas d'affirmative, avec quel degré de fréquence en dérive-t-elle ?

3° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis, est-elle de nature ou simplement d'origine syphilitique ?

4° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis, se différencie-t-elle par quelque caractère clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales d'autre origine ?

La première de ces quatre questions est actuellement résolue. Oui, la syphilis réalise quelquefois, alors qu'elle se porte sur l'encéphale, un ensemble clinique qui rappelle celui de la paralysie générale et qui, à ce titre, peut être qualifié du nom de pseudo-paralysie générale.

Mais cette pseudo-paralysie générale des syphilitiques n'est pas une entité morbide à part, différente à la fois et de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale ; c'est tout simplement une modalité particulière de la syphilis cérébrale, c'est un simple nom donné à une forme de la syphilis cérébrale.

En ce qui concerne la seconde question, des arguments multiples autorisent à admettre, pour un très grand nombre de cas, une relation de cause à effet, une véritable connexion pathogénique entre la syphilis et la paralysie générale.

De ces arguments, celui qui se place au premier rang est tiré du degré de fréquence des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux. Il résulte des statistiques les plus récentes que la syphilis existe dans les antécédents des paralytiques généraux dans des proportions qui varient de 50 à 92 p. 100. Tous les syphiliographes ont constaté, d'autre part, qu'un nombre considérable de leurs clients devenaient plus tard des paralytiques généraux.

Les deux arguments qui précèdent, jugent la question ; il existe cependant un certain nombre de considérations de divers ordres qui plaident dans le même sens. C'est ainsi, par exemple, que la paralysie, rare, comme on le sait, dans le sexe féminin, s'observe presque toujours sur des femmes irrégulières, de conduite plus ou moins légère, c'est-à-dire au total dans un milieu où la syphilis fait rarement défaut.

Par contre, la paralysie générale est rare dans les campagnes, chez les ecclésiastiques, les religieux, etc.

Il résulte enfin d'une statistique de M. Régis que la syphilis qu'on rencontre si communément dans les antécédents des paralytiques généraux est, au contraire, très rare dans le passé des fous vulgaires. Il n'en serait pas ainsi à coup sûr si la syphilis n'était pour rien dans la genèse de la paralysie générale.

M. le docteur Régis a également remarqué que sept ou huit fois sur quatorze, la syphilis figurait dans les antécédents d'enfants ou d'adolescents affectés de paralysie générale. Chez des sujets de cet âge, on ne peut à coup sûr invoquer les autres causes derrière lesquelles se retranchent les adversaires de l'origine spécifique de la paralysie générale.

L'association si commune de la paralysie générale avec le tabes, maladie dont les relations étiologiques avec la syphilis ne sont plus guère contestées, témoigne assez d'une communauté d'origine entre les deux affections.

Des statistiques et des considérations qui précèdent, il résulte donc une connexion pathogénique évidente entre la syphilis comme cause et la paralysie générale comme résultat.

Mais qu'est-ce que cette paralysie générale qui dérive ainsi de la syphilis ? C'est là le troisième terme du problème en instance.

Pour les uns, la syphilis ne produirait la paralysie générale que sur un terrain pré-

paré par des causes diverses, telles que : hérédité nerveuse, hérédité congestive, alcoolisme, etc.

Pour d'autres, au contraire, la syphilis préparerait le terrain, se bornant ainsi à faire le jeu d'autres facteurs qui seraient des causes efficientes de la catastrophe.

D'après une troisième théorie, la paralysie générale, comme le tabes et d'autres manifestations du même ordre, serait le résultat d'une infection septique issue elle-même du microbe encore inconnu de la syphilis (toxines syphilitiques).

Je crois prématuré de discuter actuellement ces diverses hypothèses, je me bornerai à l'examen d'une question d'ordre plus général. Cette question est la suivante : la paralysie des syphilitiques doit-elle être considérée comme une affection de nature syphilitique ou seulement de provenance, d'origine syphilitique ?

Selon moi, la paralysie générale doit être rangée dans le groupe des affections parasyphilitiques. On sait que je désigne sous ce nom un certain nombre d'accidents qui, bien qu'incontestablement spécifiques d'origine, ne sont pas spécifique de fonds.

Deux caractères principaux établissent une ligne de démarcation bien tranchée entre les affections parasyphilitiques et celles qui sont nettement spécifiques.

D'une part, les affections parasyphilitiques ne relèvent pas nécessairement et exclusivement de la syphilis comme cause, et, d'autre part, elles ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure de potassium.

Quant à savoir si la paralysie générale vraie, qui se produit comme conséquence de la syphilis, se différencie par quelque caractère clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales reconnaissant une autre origine, c'est là une question dont la solution doit pour le moment rester en suspens, car elle ne pourra être élucidée que par la colloboration des aliénistes, des anatomo-pathologistes et des syphiliographes.

COURRIER

Grâce du docteur Laffite. — Le Président de la République a fait, jeudi dernier, remise complète de sa peine au docteur Laffite. Tout le corps médical en sera reconnaissant à M. Casimir-Périer.

— MM. les docteurs Rochon-Duvignaud et A. Terson recommenceront, le samedi 17 novembre, à l'Hôtel-Dieu, à cinq heures, un cours pratique d'ophtalmologie, qui comprendra : 1° ophtalmoscopie et réfraction (avec malades); 2° anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes (technique et pièces histologiques et bactériologiques); 3° médecine opératoire (avec exercices par les élèves). Les cours auront lieu tous les jours, à la même heure, pendant six semaines. S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique oculistique de l'Hôtel-Dieu.

— M. Le Gendre, médecin du Bureau central, en suppléance à l'hôpital Trousseau, commencera des conférences de clinique et de thérapeutique infantiles, le samedi 3 novembre à dix heures (salles Barrier et Blache) et les continuera les mercredis et samedis suivants.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène. – II. Affections septiques externes de l'œil. — III. Congrès français de médecine interne. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — V. Bibliothèque. — VI. Courrier.

HYGIÈNE

—

L'éclairage moderne

La lumière artificielle, à laquelle nous sommes forcés de recourir, lorsque celle du soleil nous fait défaut, est impuissante à la remplacer au point de vue de l'hygiène. Tout le monde peut constater que les personnes qui, par suite de leur profession ou de leurs habitudes, passent leur vie dans des milieux artificiellement éclairés, n'ont pas le coloris, la fraîcheur et l'air de santé de celles qui vivent au grand air et au grand jour. Il faut assurément faire la part de l'atmosphère confinée dans laquelle elles respirent et des occupations auxquelles elles se livrent; mais la privation de la lumière solaire est elle-même une mauvaise condition pour la santé, et l'éclairage artificiel vient y joindre son influence nuisible. Il élève la température et vicie l'air du milieu limité dans lequel on l'entretient. Ces inconvénients ont diminué, dans des proportions considérables, depuis l'adoption des nouveaux modes d'éclairage dont nous allons nous occuperdans cet article.

Nous possédons aujourd'hui deux moyens de produire la lumière artificielle, la combustion et l'électricité.

I. *Eclairage par la flamme.* — Tous les corps qui peuvent, en brûlant, produire une vive lumière sont des carbures d'hydrogène.

Ils ne brûlent qu'à l'état gazeux. Il faut, au préalable, qu'ils fondent s'ils sont solides, qu'ils se gazéifient s'ils sont primitivement liquides. Sous l'influence de la chaleur et de l'oxygène de l'air, le carbure d'hydrogène se décompose; le carbone brûle d'abord, l'hydrogène ensuite.

La flamme se compose de trois parties : l'une centrale sombre et froide, l'autre moyenne lumineuse, la troisième, la plus extérieure, très chaude, mais peu lumineuse. Le carbone brûle dans la zone brillante et l'hydrogène dans la zone chaude.

On a cru, pendant longtemps, et certains physiciens pensent encore, que la luminosité est due à des particules de charbon extrêmement ténues qui existent dans la flamme et deviennent incandescentes avant de passer à l'état d'acide carbonique ; mais Frankland, Tyndall, Landolt, Hilgard, Erismann ont prouvé le contraire. L'éclat de la flamme est dû à des vapeurs denses d'hydro-carbures supérieurs. L'intensité de la lumière est en rapport avec la température de la flamme et le degré de pression de l'air.

Les corps combustibles qu'on emploie pour l'éclairage par la flamme sont solides, liquides ou gazeux.

1° *Corps solides.* — On emploie, sous cette forme, le suif, la stéarine, la cire, le blanc de baleine, la paraffine et la résine.

Le suif sert à fabriquer la chandelle, le seul éclairage qui fût usuel dans mon enfance. On l'emploie également pour la confection des lampions, des verres de couleur avec lesquels on illumine dans les fêtes publiques.

La chandelle a été remplacée a peu près partout par la bougie stéarique.

Sa combustion est très incomplète, son pouvoir éclairant assez faible (1) ; elle laisse passer du gaz d'une odeur désagréable, irritante pour les yeux et du carbone divisé qui échappe à la combustion et teint en noir les crachats des personnes qui le respirent.

La flamme de la chandelle est rougeâtre, vacillante ; sa mèche a souvent besoin d'être mouchée et le remplacement de ce mode malpropre d'éclairage par l'emploi des bougies stéariques, est un des grands bienfaits que nous devons à la chimie moderne et aux travaux de Chevreul. Il a fait connaître aux industriels le moyen pratique de séparer l'oléine de la margarine et de la stéarine, en montrant que ces substances sont des sels composés d'une base commune, la glycérine, unie à des acides gras, ou, en d'autres termes, des oléates, des margarates, des stéarates de glycérine.

On obtient le principe solide des corps gras en les saponifiant à l'aide de la chaux et en enlevant ensuite celle-ci à l'aide d'un acide minéral. La première fabrication économique de la bougie stéarique a été instituée en 1831, par de Milly ; elle s'est perfectionnée depuis ; le prix a diminué et maintenant ce mode élégant d'éclairage est répandu partout, même dans les classes pauvres.

La bougie stéarique éclaire mieux que la chandelle. L'intensité lumineuse d'une lampe Carcel de 29 millimètres étant représentée par 100, celle de la chandelle *des six* est de 10.66, celle de la bougie stéarique de 14.30. Cette dernière est moins fusible et ne donne pas d'odeur, sa flamme est moins large, plus blanche et ne vacille pas. Elle n'a pas besoin d'être mouchée parce que sa mèche tordue, nattée, imprégnée d'acide borique, s'incurve en brûlant de manière à ce que son extrémité atteigne la zone extérieure de la flamme, s'y brûle complètement et tombe en cendre. La bougie stéarique en brûlant perd de 8 gr. 91 à 10 gr. 4 par heure de son poids, un gramme d'acide stéarique fournit 9,700 calories.

Avant l'invention des bougies stéariques, celles de cire constituaient un éclairage de luxe très agréable mais très cher. La cire ne sert plus aujourd'hui qu'à faire des cierges et des rats-de-cave, encore la mélange-t-on avec du suif. Les bougies de *spermaceti* ou blanc de baleine sont en usage en Angleterre et dans les colonies. Elles perdent 7 gr. 32 de leur poids par heure. Celles de paraffine, qu'on trouve dans le commerce, ont des mèches plns minces que celles des bougies stéariques, parce que le point de fusion de la paraffine est de 44 degrés tandis que celui de la stéarine est de 68 degrsé. Elles perdent par heure 7 gr. 7 de leur poids. La résine servait autrefois à faire de petites chandelles avec lesquelles s'éclairaient les pauvres gens. On s'en sert encore dans les campagnes bretonnes.

2° *Subtances liquides.* — On employait presque exclusivement autrefois les huiles grasses d'olive, de colza, d'œillette, d'arachide et, dans certains pays, les huiles de poisson. Aujourd'hui, les huiles volatiles tendent de plus en plus à les remplacer. L'emploi du pétrole a produit, il y a quelques années, une révolution dans l'éclairage. Il était depuis longtemps employé dans les pauvres ménages ; mais on le repoussait dans les classes élevées,

(1) La chandelle *des six* (à la livre) perd en brûlant onze grammes de son poids par heure; elle échauffe, dans le même temps, 3 m. c. 560 d'air, de 0° à 100°, un kilogramme de suif consomme en brûlant 10 m. c. 352 d'air.

à cause des dangers que présente son emploi. Aujourd'hui, grâce au perfectionnement des appareils et à la sécurité plus grande qu'ils donnent, on en use presque partout. Les salons les plus élégants et les plus riches sont éclairés par des *lampes phares* montées sur de puissants supports et qui projettent, dans un rayon très étendu, une lumière très vive, avec beaucoup de chaleur.

Le pétrole rectifié a une densité qui varie de 0,795 à 0,804. Il bout entre 26 et 72 degrés centigrades. Le décret du 19 mai 1873 établit deux catégories d'huiles volatiles. Celles qui émettent des vapeurs inflammables au-dessous de 35 degrés sont désignées sous le nom d'*essences inflammables* et sont l'objet de prescriptions rigoureuses. Les autres, dites *huiles minérales*, ont plus de liberté. En Amérique, on interdit l'usage des pétroles qui entrent en ébullition au-dessous de 43°5 et, en Allemagne, de ceux qui donnent des vapeurs inflammables à une température inférieure à 21 degrés.

Les vapeurs de pétrole ne s'enflamment que quand elles sont mélangées à l'air. Avec trois volumes d'air elles brûlent tranquillement; entre 4 et 8 volumes elles font explosion. L'intensité lumineuse du pétrole est considérable. Pour obtenir une clarté égale à celle de 100 bougies, il suffit d'en brûler 280 grammes par heure.

Les lampes à pétrole sont d'un mécanisme plus simple que celles où l'on brûle des huiles grasses. Il y en a maintenant de tous les modèles et de toutes les dimensions. Elles offrent le danger commun d'exposer à l'incendie. Lorsqu'on les renverse, le liquide enflammé s'étale et communique le feu aux vêtements des personnes qui ne prennent pas la fuite sur-le-champ. L'explosion est moins à craindre parce que les pétroles dont on se sert d'habitude n'entrent en ébullition qu'à 51 ou 52 degrés et ne détonent que lorsqu'on agite vivement la lampe de manière à mélanger intimement l'air avec les vapeurs échauffées.

3° *Gaz.* — L'éclairage au gaz, dont l'usage remonte au commencement du siècle, s'est notablement perfectionné depuis que l'électricité lui fait concurrence. Ce gaz, résultant de la distillation de la houille, a la composition suivante :

Hydrogène bi-carboné	8	parties
Hydrogène protocarboné	72	—
Oxyde de carbone	13	—
Acide carbonique.	4	—
Acide sulfhydrique	3	—
Total.	100	

Son pouvoir éclairant est considérable. La quantité qu'il faut en brûler pour obtenir une intensité lumineuse égale à celle de la lampe carcel de 29 millimètres que nous avons prise précédemment pour terme de comparaison, varie avec les appareils et c'est le point sur lequel ont porté les perfectionnements.

Dans le principe, on était tellement émerveillé de l'éclat du nouvel éclairage, qu'on se contentait des appareils les plus simples : du bec-bougie pour les appartements, du bec-papillon pour la voie publique. Le gaz brûlait dans le premier en s'échappant par un trou de petit diamètre, dans le second par une fente et cela semblait suffisant ; mais les exigences ont peu

à peu augmenté et on a multiplié les brûleurs dans les candélabres et les lustres ; on a réuni plusieurs becs papillons sur la même tige, comme dans le brûleur intensif dit du *Quatre-Séptembre*, puis on a eu recours à différents artifices pour rendre la combustion du gaz plus complète. C'est le résultat qu'on obtient avec des becs Siemens, Clamond, avec le bec Wenham à flamme renversée, le bec Bengel avec cheminée de verre.

On a obtenu de cette façon une notable économie dans la quantité de gaz consommée, et par conséquent une augmentation correspondante d'éclairage pour une même dépense. Ainsi, tandis que pour produire une lumière égale à celle de la lampe-carcel prise pour terme de comparaison, il fallait brûler 126 litres de gaz dans un bec papillon, et 113 litres dans un bec intensif dit du 4 Septembre ; il ne faut plus en consommer que 51,6 dans un bec Wenham et 45 dans un bec intensif Siemens ; mais ce progrès ne suffisait pas encore pour lutter contre l'électricité et il a fallu trouver autre chose.

On a d'abord cherché à augmenter le pouvoir éclairant du gaz par la *carburation*. puis en le soumettant à la compression ; mais les essais n'ayant pas réussi, nous ne les mentionnons que pour mémoire. On est arrivé enfin à des systèmes plus perfectionnés quoique inférieurs encore à l'éclairage électrique et ceux-là méritent qu'on en parle, puisqu'ils sont encore en usage et qu'ils résisteront encore quelque temps, c'est l'éclairage oxyhydrique ou *lumière de Drummond*, *l'éclairage au magnésium* et surtout le *bec Auer*, qui a pris dans ces derniers temps une grande importance, parce qu'il donne une lumière plus intense et plus agréable que les autres, avec une consommation de gaz moindre et en produisant moins de chaleur. Nous nous occuperons, dans le prochain article, de ces trois systèmes et de l'éclairage électrique, qui représente aujourd'hui la dernière expression du progrès.

(*A suivre.*)

Jules ROCHARD.

Affections septiques externes de l'œil

—

(Relevé des malades traités au pavillon d'isolement de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts pendant le trimestre avril, mai, juin 1894, service du docteur VALUDE.)

Pendant les trois mois qu'a duré mon service (1) au pavillon d'isolement de la clinique, j'ai traité 91 malades, dont 51 du sexe masculin et 40 du sexe féminin.

Comme classement général, je divise ces malades en :

Granuleux.	35
Purulents non granuleux	27
Malades atteints d'affections septiques non contagieuses. .	28
— — de conjonctivite pseudo-membraneuse . .	1
	91

La division en granuleux et purulents n'implique pas que je veuille toucher la question de dualité ou d'unité du trachome ou de l'ophtalmie purulente ; elle répond simplement à une différenciation de la thérapeutique.

(1) Service trimestriel de roulement.

Parmi les 35 granuleux je compte 14 hommes, 9 femmes, 12 enfants (au-dessous de 15 ans).

Les malades atteints de granulations sont classés de la manière suivante :

Granulations aiguës (conjonctivite granuleuse aiguë)		5
Granulations simples		13
— compliquées de pannus seulement		9
— —	de pannus et d'ulcères ou d'abcès cornéens.	3
— —	de trichiasis et d'entropion	5
		35

La méthode générale de traitement a été la suivante :

Dans la *conjonctivite granuleuse aiguë*, irrigations toutes les deux heures alternatives, de sublimé à 1/2000e et à la température ordinaire, puis d'eau stérilisée à la température de 45°. Cette irrigation était abondante et prolongée ; on la pratiquait avec les écarteurs perforés de Lagrange et en adaptant purement et simplement ces écarteurs à un tuyau de caoutchouc fixé au robinet du réservoir général. L'eau de ce réservoir passe à l'ébullition et refroidit, avant de servir, à la température voulue.

En même temps et dans la phase la plus aiguë, j'ai fait usage d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100.

Au moment de la disparition de la purulence ou quand les granulations sont encore rouges et gonflées, j'emploie la cautérisation quotidienne au glycérollé de cuivre à 1/8.

Granulations simples. — Dans ce cas-là je délaisse les irrigations très chaudes, indiquées seulement lorsqu'il existe une sécrétion abondante de pus. Je me borne aux lavages au sublimé, le topique par excellence des granulations, et aux attouchements cupriques. Lorsque les granulations deviennent torpides et semi-transparentes, le moment est venu de les attaquer mécaniquement. J'emploie le brossage à la brosse dure trempée dans le sublimé et après scarification. Il me paraît inutile et même nuisible de fendre l'angle externe des paupières pour en opérer le retournement ; je réalise celui-ci avec la pince spéciale de Chibret.

L'opération peut être faite sans anesthésie générale, avec la cocaïne.

Ophtalmie des adultes.—Au point de vue du traitement, l'ophtalmie aiguë des adultes diffère peu pour nous de celles des nouveau-nés. J'emploie le nitrate d'argent de la même façon, mais j'use largement des irrigations très chaudes, avec de l'eau stérilisée à 45°, alternant avec des lavages thébaïsés. Dans mon stock de malades, je n'ai eu, avec ce traitement, à enregistrer aucun déboire, bien que dans un cas j'eusse eu affaire avec une blennorrhagie très aiguë de la conjonctive. Sur 12 malades, 5 offraient des altérations cornéennes dès leur entrée, et chez trois de ceux-ci l'œil était déjà alors totalement perdu. Aucun de ces malades ne s'est aggravé pendant son séjour au pavillon, et je n'ai vu se produire, pendant le trimestre de mon service, *aucun cas de contagion intérieure.*

Nous avons également essayé le traitement de Burchardt par les irrigations au nitrate d'argent à 1/1000e, remplaçant les cautérisations. Ce traitement nous a paru avantageux, mais nous ne l'avons pas expérimenté assez de fois pour nous prononcer.

Ophtalmies catarrhales.— Nous guérissons rapidement ces ophtalmies légères, comme tout le monde d'ailleurs, par des lavages à la solution thébaïsée (qui calme rapidement les douleurs) et l'instillation d'un collyre au nitrate d'argent à 2 0/0 ou 1 0/0, suivant l'intensité du flux catarrhal.

Ophtalmies chroniques.— On observe parfois, et nous en avons vu un cas, des ophtalmies chroniques, non granuleuses, qui se manifestent par une suppuration peu abondante, mais constante, sans gonflement de la muqueuse. Ces cas sont excessivement

rebelles au traitement et l'emploi des caustiques est plus nuisible qu'utile. Ce qui nous a le mieux réussi sont les irrigations très chaudes jointes à l'emploi du terpinol.

Ophtalmies post-rubéoliques. — Nous réservons une place à part aux ophtalmies purulentes ou catarrhales qui suivent la rougeole, car nous pensons qu'il s'agit là d'une entité morbide spéciale, et qu'elles sont assez fréquentes pour mériter une place à part ; en tous cas le traitement est tout différent de celui de l'ophtalmie purulente ordinaire (1) Il faut se garder ici de toute application caustique, se borner à des lavages boriqués tièdes, à l'emploi de la pommade jaune et ordonner une médication reconstituante.

Les malades atteints d'affections septiques, mais non contagieuses, appartenaient aux diverses catégories suivantes :

Ulcères de la cornée ou abcès......	16
Ophtalmies phlycténulaires.........	6
Dacryocystites....................	3
Divers............................	3
	28

Granulations et pannus. — Quand il existe du pannus seul, je joins aux lavavages ou sublimé et aux attouchements de sulfate de cuivre des instillations d'atropine et un massage quotidien de la cornée avec la pommade au précipité jaune (2). La péritomie permettra de venir à bout des cas rebelles.

Granulations et ulcères ou abcès cornéens. — Dans ces cas, outre le traitement ordinaire et l'atropine, je préconise les applications biquotidiennes d'une pommade à l'iodoforme à 1/50.

Trichiasis et entropion. — La méthode générale que je préfère pour les déviations palpébrales dues au trachome est l'opération d'Anagnostakis modifiée par Panas. C'est elle que j'ai mise en pratique dans un des cas précédents.

Les autres ont pu se passer d'une intervention et nous nous sommes contentés de leur appliquer le traitement ordinaire des granulations.

Tous nos malades ont quitté la clinique dans un état satisfaisant.

Les purulents comprennent diverses catégories :

Ophtalmies purulentes aiguës	des nouveau-nés. .	8
— —	des adultes ou des enfants à une période éloignée de la naissance.	12
—	Catarrhales.	5
—	Chroniques	1
—	Catarrhales consécutives à la rougeole.	1
		27

Les deux premières catégories se rapportent à l'ophtalmie purulente proprement dite.

L'ophtalmie des nouveau-nés. — Sur nos 8 petits malades, 3 sont entrés avec des complications cornéennes graves. Pendant leur séjour au pavillon aucune nouvelle compli-

---

(1) Nous avons décrit pour la première fois cette variété d'ophtalmie dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1884-1885, et dans notre traité en collaboration avec M. de Saint-Germain : *Traité des maladies des yeux chez les enfants*. Steinheil, éd.

(2) Formules de la pommade jaune :

Vaseline..............................	10 grammes
Précipité jaune......	1 —

Ou si celle-ci irrite l'œil, étant trop forte :

Vaseline..............................	10 grammes
Précipité jaune........................	0.20 centigr.

cation n'est survenue, et les ulcérations qui n'étaient pas à l'entrée irrémédiables ont pu se cicatriser d'une manière assez satisfaisante. Le traitement a été le suivant : Cautérisations biquotidiennes au nitrate d'argent à 3 0/0 dans la période initiale de purulence ; remplacement successif de la solution forte, par une solution à 2 0/0 puis à 1 0/0 au fur et à mesure de l'amélioration des symptômes. Lavages toutes les heures avec la solution thébaïsée (eau stérilisée 1000 gr., extrait thébaïque 0 gr. 10), que j'ai indiquée dans les *Annales d'oculistique* de février 1894. Cette solution doit être employée largement et à la température de 45° ; on se servira d'un injecteur pour cette opération.

S'il existe des ulcérations cornéennes j'ajoute à ce traitement une instillation d'atropine et l'application biquotidienne de la pommade à l'iodoforme. La cautérisation au nitrate d'argent doit alors être étroitement surveillée et cessée dès que possible.

Parfois, malgré l'emploi du traitement rationnel, la muqueuse reste tomenteuse et la suppuration abondante. L'œil est constamment baigné d'un flot de pus *blanchâtre* qui se renouvelle avec rapidité. Cet état de choses dure parfois plusieurs semaines et dans ces cas-là la cornée résiste parfaitement et ne court aucun danger, baignée qu'elle est cependant de ces flots de pus. C'est dans des cas semblables, que pour tarir la suppuration j'ai employé avec quelque succès les instillations de terpinol. M. Rogman (de Gand) préconise dans le même but le nouvel antiseptique, le thioforme (Voir *Annales d'oculistique*, septembre 1894).

Ulcères de la cornée. — Dans deux ou trois cas que j'ai observés, la perte de l'œil, était complète à l'entrée du malade dans nos salles. La suppuration de la cornée avait envahi l'iris puis le vitré et l'œil était en état de phlegmon. En pareille occurence nous préférons à l'énucléation trop radicale, à l'éviscération difficile, douloureuse et longue dans ses suites, l'évidement simple pratiqué de la manière suivante : abrasion de la cornée et de l'iris, irrigation antiseptique dans les premières couches du vitré purulent pour en détacher la partie liquide, puis pansement. La cicatrisation de la plaie antérieure se fait facilement.

Pour le traitement des ulcères de la cornée il sera double :

S'il n'y a pas de dacryocystite : lavage antiseptique de la cavité oculaire, insufflation de poudre d'iodoforme, pansement sec occlusif laissé 4 jours en place. Ce même pansement sera renouvelé jusqu'à guérison. Et celle-ci a lieu généralement avec simplicité dans ces cas-là.

S'il y a de la dacryocystite, le pronostic est beaucoup plus grave. On pourra cautériser au galvano ou au thermocautère pour enrayer la marche du mal, mais surtout réitérer les applications de pommade à l'iodoforme. Nous avons employé chez nos malades tantôt l'iodoforme, tantôt des instillations d'une solution de bleu de méthyle.

Ophtalmies phlycténulaires. — Nous entendons par là ces ophtalmies d'enfants scrofuleux où tout est pris : bords palpébraux, conjonctive, cornée et aussi la fosse nasale correspondante. L'orifice du nez est rouge et humide, les joues sont souvent couvertes d'impétigo. Les enfants ainsi atteints, appartenant à la plus basse classe de la société, nous sont généralement apportés au pavillon dans un état lamentable : lavages boriqués, atropine et pommade jaune deux fois par jour ; sirop iodotannique. Chez les enfants que nous avons eu à soigner, nous avons ainsi obtenu un résultat rapidement satisfaisant.

Dacryocystites. — Dans les dacryocystites avec dilatation du sac, que j'ai reçu au pavillon, il était inutile de chercher à obtenir la guérison par le seul cathétérisme ; le sac dilaté et fongueux opposait une résistance absolue à notre thérapeutique en ne se modifiant pas, même par les lavages antiseptiques. J'ai obtenu un résultat au moyen de l'incision du sac par la voie cutanée, en la faisant suivre d'un curettage de la cavité et d'un

tamponnement à la gaze iodoformée. Au moment du curettage, je touche le fond de la cavité du sac avec une solution caustique de sublimé à 1/100 et je répète cet attouchement chaque fois que j'enlève la mèche de gaze, c'est-à-dire tous les quatre jours. La cicatrice que laisse un tel procédé est invisible.

Divers. — Sous cette rubrique sont compris les trois cas suivants :

Une *ostéite suppurative du frontal, avec ectropion*, une *brûlure grave de la cornée et de la conjonctive* par un charbon ardent, suivant les dires de la mère de l'enfant qui avait été la victime de l'accident; enfin un *épithélioma de l'angle interne de l'œil* avec suppuration angulaire.

—

La dernière catégorie de nos malades est composée d'un cas unique de *conjonctivite pseudo-membraneuse*, affection redoutable entre toutes. C'était un enfant qui était en séjour dans un hôpital d'enfants pour une broncho-pneumonie et qui, là, fut pris de cette forme grave de conjonctivite.

Il ne s'agissait pas d'une conjonctivite pseudo-membraneuse à forme interstitielle, mais d'une variété dans laquelle la fausse membrane épaisse et adhérente recouvrait entièrement la muqueuse des culs de sac, des paupières, et même du bulbe oculaire. La cornée, à son entrée dans nos salles, était opaque. J'employai le traitement que j'ai déjà préconisé dans des circonstances semblables (*Annales d'oculistique*, février 1894), les lavages thébaïsés très chauds (45°) et répétés, l'application de la pommade à l'iodoforme. La situation s'améliora assez rapidement et au bout de peu de jours le gonflement palpébral étant tombé, les fausses membranes ayant disparu et les cornées tendant à s'éclaircir, l'enfant fut de nouveau reporté à l'hôpital pour y suivre un traitement pour son état pulmonaire encore inquiétant. Malheureusement là, il fut repris d'une nouvelle atteinte de la même conjonctivite et les cornées s'opacifièrent définitivement; peu après d'ailleurs, il succomba aux progrès de son affection pulmonaire.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (*suite*) (1)

—

Discussion sur le diabète (fin)

M. Renaut rappelle que ses recherches sur les vertébrés inférieures prouvent que le foie et le pancréas forment des appareils conjugués qui font partie d'un même tout.

Pour M. Glénard, qui a rappelé un peu l'attention sur le rôle du foie dans le diabète, lorsque l'on explore cet organe chez un diabétique, on le trouve anormal dans 60 à 70 p. 100 des cas; il est hypertrophié dans 35 p. 100, induré dans 40 p. 100. De plus, il est facile de constater que le diabète est d'autant plus grave que le foie est plus malade. Très fréquemment, on trouve l'alcoolisme dans les antécédents des diabétiques et, sur 65 diabétiques à antécédent alcooliques, il était lésé dans 53 cas. Chez ces malades, il y avait une affection du foie avant le diabète, car outre la pituite qui est toujours accompagnée de tuméfaction et d'hypéresthésie de la glande hépatique, ils avaient présenté, qui de la congestion du foie, qui des coliques hépatiques, et tous ces accidents s'étant montré à un moment ou il n'y avait pas de sucre dans l'urine. Le diabète peut être précédé d'obésité de neurasthénie, d'entérocystocèle secondaire qui se rattachent aussi à la lésion du foie, cette dernière pourrait être due (et le diabète aussi secondairement) à la puerpéralité, à la ménopause, à des infections, des intoxications, etc. En fait, les différentes maladies dites de la nutrition s'accompagnent de signes anormaux du côté du foie dans 70 p. 100 des cas et cet *hépatisme*, qui peut être héréditaire, est la cause de ces maladies.

(1) *Union médicale* du 3 novembre.

M. ANDRÉ a vu aussi un diabète vrai déterminé par une affection hépatique d'origine alcoolique; comme M. Glénard, il a vu ce diabète alcoolique précéder la cirrhose du foie.

M. TEISSIER est venu apporter quelques faits qui tendraient à démontrer que le diabète peut être contagieux. Les cas de contagion entre conjoints ne sont pas absolument démonstratifs, mais M. Teissier a recueilli des observations qui semblent à l'abri de toutes objections. Dans l'un, il s'agit d'une blanchisseuse qui fut atteinte du diabète après avoir lavé pendant longtemps le linge de deux diabétiques. Dans l'autre, un arthritique héréditaire (diabète chez la mère) devient diabétique à la suite de fatigues intellectuelles; or, une femme de 60 ans, cuisinière, qui de plus lavait les mouchoirs de son maître, est bientôt atteinte de la maladie qui se présente ensuite chez une autre femme, lingère depuis dix ans dans la même maison. M. Teissier tendrait à admettre qu'il peut y avoir transmission de l'homme malade à l'homme sein d'éléments pathogènes susceptibles de sécréter certains ferments transformateurs de glycogène en sucre.

M. CHARRIN a réussi à provoquer de la glycosurie en injectant des germes dans le canal de Wirsung qui s'infecta facilement vu sa commuuication avec l'intestin. Cette glycosurie est inconstante; elle peut s'accompagner quelquefois de l'ensemble des grands symptômes diabétiques. Naturellement, dans les faits de ce genre, le microbe n'agit que par l'intervention de la cellule pancréatique. D'autre part, les cellules bactériennes, par leurs produits, peuvent influencer la glycosurie, agir sur les centres bubaires. Rien donc n'empêche d'admettre qu'ils peuvent avoir un rôle important dans certains cas de diabète.

M. MASSÉ n'admet pas qu'il y ait une glycosurie d'origine paludique, bien que M. Teissier croit à son existence. Ses observations sur les paludéens revenant des colonies l'ont confirmé dans son opinion.

M. VERJOLY a étudié depuis longtemps l'angine de poitrine diabétique; ce n'est pas une fausse angine et elle peut être suivie de mort.

Signalons enfin une observation de M. COMBY qui a vu un diabète mortel succéder chez un enfant, très nerveux il est vrai, à une alimentation très riche en sucre.

— En fait, il résulte de cette belle discussion sur le diabète que les idées de M. Lépine sont de plus en plus confirmées par les faits et que le pancréas joue certainement un grand rôle dans la pathogénie de certains diabètes. Mais les recherches de M. Glénard ont montré que l'état du foie avait aussi son importance, la conception de M. Renaut expliquait alors cette action simultanée des deux glandes. Cliniquement les trois formes de diabète admises par M. Lancereaux restent inattaquables et on ne peut guère discuter encore que sur le mécanisme intime de la pathogénie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 novembre 1894. — Présidence de M. HAYEM

Discussion sur les érythèmes scarlatiniformes médicamenteux et infectieux.

Les récentes communications de M. Siredey et de M. Galliard sur les érythèmes toxiques et infectieux ont suscité une intéressante discussion sur ce sujet encore obscur. Faut-il se rallier à l'opinion de M. Siredey qui pense que la plupart des érythèmes scarlatiniformes ont une origine médicamenteuse ? M. LE GENDRE ne le croit pas. On se souvient des quatre faits qu'il communiqua l'année dernière à la Société (1).

(1) Voir *Union médicale* du 28 mars et du 21 novembre 1893.

Quatre malades d'une même salle furent atteints successivement, à quelques jours de distance, d'un érythème scarlatiniforme intense, terminé chez tous par la mort. Les trois premiers étaient au déclin d'une fièvre typhoïde. Le quatrième était un brightique. On ne peut point dans ces quatre faits invoquer l'origine médicamenteuse des médicaments. On aurait dit, au contraire, une maladie infectieuse et contagieuse, semblant augmenter de virulence à mesure qu'elle se transmettait à de nouveaux malades et les tuant plus vite. Depuis l'année dernière, M. Le Gendre a observé plusieurs autres cas pour lesquels l influence médicamenteuse ne doit pas être admise en cause.

Evidemment, les érythèmes médicamenteux existent et sont même très fréquents. Tous les médicaments, dit M. Siredey, même à petite dose, peuvent être érythrogènes chez des sujets prédisposés. Témoin le cas curieux d'un enfant chez lequel les préparations vanillées provoquaient des poussées d'urticaire, alors même que le poisson, les coquillages, etc., n'avaient pas chez lui la même action. Mais pourquoi ne pas admettre des érythèmes dus à une auto-intoxication? Sans parler des cas dans lesquels un auteur anglais, M. Thomas Saville, et M. Bosc, de Montpellier, ont décrit des micro-organismes, sans tenir compte non plus du premier fait de M. Le Gendre, dans lequel on avait trouvé le bactérium coli dans des squames prélevées à la partie antérieure du thorax, on peut dire que les toxines qui se forment par exemple au cours des maladies générales peuvent déterminer la production d'un erythème scarlatiniforme.

L'état du rein joue certainement un rôle important dans la genèse de ces érythèmes. Un malade de M. Le Gendre était brightique. Un autre malade, dont M. Rendu rapporte l'histoire, eut un érythème scarlatiniforme desquamatif après avoir pris, pendant deux ou trois jours, de faibles doses de térébenthine ; on le croyait atteint de pyélite. Le malade mourut, et l'on trouva à l'autopsie un rein kystique très malade.

Les faits en apparence contradictoires de MM. Sirdey et Le Gendre peuvent peut-être se concilier. Les toxines formées dans l'organisme sont évidemment érythrogènes, dit M. Hayem, Comment agissent donc les substances médicamenteuses pour produire les mêmes effets? Rien n'est plus fréquent que la gastrite médicamenteuse ; tous les médicaments irritants la provoquent. Ne peut-on se demander si cette gastrite ne facilite pas l'absortion des toxines organiques qui, dans les états morbides surtout, la fièvre typhoïde, par exemple, s'accumulent dans le tube digestif? Telle est l'ingénieuse hypothèse de M. Hayem. L'action locale des applications médicamenteuses externes suffirait même, chez des individus prédisposés par un mauvais fonctionnement du tnbe digestif entraînant une auto-intoxication chronique.

Donc, l'état du rein, du tube digestif et aussi l'état du foie, comme le fait remarquer M. Le Gendre, entrent en ligne de compte dans la production des érythèmes scarlatiniformes.

Au cours de cette intéressante discussion et sur une remarque de M. Comby, à propos de la fréquence de l'érythème desquamatif au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant M. Burlureaux a cité un cas d'érythème scarlatiforme chez un enfant auquel on avait injecté du sérum antidiphtérique. Cet érythème dura quatre jours, il ne fut pas suivi de desquamation. Ces faits sont utiles à connaître, ne serait-ce que pour éviter des erreurs de diagnostic. Le sérum de certains chevaux, ainsi que le fait remarquer M. Le Gendre, provoque très fréquemment des érythèmes; on pourrait presque les prédire, et cela longtemps à l'avance puisqu'ils n'apparaissent quelquefois que trois semaines après l'injection du sérum. M. Le Gendre signale encore, comme devant être attribués au sérum antidiphtérique, des douleurs articulaires, ou mieux, périarticulaires (deux cas), et aussi un état spinal défini, avec malaise, fièvre, abattement, irrégularité du pouls, le tout ressemblant vaguement un embarras gastrique.

Curabilité de la morphinomanie

Aux précédentes observations de morphinomanie traitée et guérie par la suppression rapide de la morphine, M. Comby en ajoute deux autres concernant deux malades, le mari et la femme ; ils avaient commencé, celui-là depuis trois ans, celle-ci, depuis cinq ans à se faire des piqûres, et ils en étaient arrivés à prendre 1 gramme ou 1 gr. 50 de morphine chacun. En moins de huit jours la guérison fut obtenue chez les deux malades.

La morphinomanie est donc curable, même à l'hôpital. Il n'y a pas toujours besoin, pour obtenir la guérison, de mettre les malades dans des maisons spéciales.

Ce n'est point là, il est vrai, l'opinion de M. Catrin, qui n'a obtenu aucun résultat, chez un officier morphinomane, avec la méthode de la suppression rapide, ni celle de M. Hayem qui maintient la distinction entre les morphiniques et les morphinomanes ; pour ceux-ci on échoue toujours, sauf dans une maison de santé.

BIBLIOTHÈQUE

Clinique thérapeutique infantile avec formulaire pratique,
Par le docteur Blache (1)

Au nombre des récentes publications de la Bibliothèque médicale, fondée par MM. les professeurs Charcot et Debove, nous avons à signaler un *Traité de clinique et de thérapeutique infantile,* de M. le docteur R. Blache.

Cet ouvrage, que nous venons de lire avec un véritable intérêt, est appelé à rendre les plus grands services aux praticiens, tant par la forme heureuse adoptée que par les connaissances pratiques, bien conformes aux découvertes de la science moderne qui s'y trouvent clairement résumées.

Par ordre alphabétique, chaque maladie de l'enfance s'y trouve traitée dans un article rappelant l'étiologie de chaque entité morbide, la prophylaxie, le traitement et la thérapeutique proprement dite.

Dans son livre, le docteur Blache se montre un clinicien consommé et documenté. Non seulement il s'applique à faire connaître les enseignements des maîtres dont l'autorité en la matière est consacrée, mais encore il cite volontiers les opinions d'un certain nombre de praticiens distingués.

Tout en restant dans un cadre restreint qu'il s'était assigné, l'auteur a, en somme, donné un livre très bien fait que l'on aura souvent l'occasion de consulter dans la pratique, si délicate et si difficile quelquefois, de la médecine infantile.

Traité élémentaire d'Ophatlmologie, par MM. H. Nimier, médecin-major de 1re classe, agrégé libre du Val-de-Grâce, et F. Despagnet, secrétaire général de la Société d'Ophtalmologie de Paris. (1 fort vol. gr. in-8° de 952 pages avec 432 gravures dans le texte et une planche en couleurs hors texte, cart. à l'anglaise, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Dans cet ouvrage, les auteurs ont eu pour but d'exposer les différentes théories nouvellement émises sur les questions principales, les méthodes thérapeutiques généralement employées aujourd'hui dans la plupart des affections, de façon à fournir des renseignements utiles aux médecins et aux chirurgiens aussi bien qu'aux étudiants en médecine.

En donnant les différentes théraphies les plus couramment usitées, ils ont toujours

(1) 2 vol. Rueff, Paris, 1894.

indiqué la méthode de leur choix, et ils ont mis tous leurs soins à l'étude de la symptomatologie et du diagnostic.

Après avoir fourni un aperçu rapide du développement de l'œil et de ses annexes, MM. Nimier et Despagnet ont divisé cet ouvrage en parties correspondant aux paupières, aux différentes membranes de l'œil, aux organes centraux de perception, aux organes intermédiaires de transmission, à l'appareil lacrymal, à l'orbite.

Des développements importants sont donnés à l'étude des centres optiques et des centres moteurs, ainsi qu'à celle de la réfraction débarrassée autant que possible des formules mathématiqves, peu familières, en général, aux médecins. Ils ont adopté un plan uniforme pour chacune de ces parties : après un chapitre d'anatomie et physiologie, ils passent en revue les anomalies congénitales, puis les lésions traumatiques ; ils étudient ensuite les inflammations, les altérations régressives et les tumeurs. Enfin chaque partie se termine par un chapitre de chirurgie, quand la membrane qui en fait partie le comporte.

COURRIER

—

Congrès de médecine inlerne. — Dans la séance de lundi, le Congrès de la médecine interne a décidé que sa deuxième session se tiendrait à Bordeaux, au mois d'août ou de septembre 1895, à une date qui sera ultérieurement fixée.

M. Bouchard a été élu président du prochain congrès ; M. Pitres, vice-président.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° Des myélites infectieuses;

2° Des rapports du foie et de l'intestin en pathologie;

3° Des anti-thermiques analgésiques.

L'enseignement de la médecine au Congrès universitaire de Lyon. — Il vient de se tenir à Lyon un Congrès universitaire qui a examiné diverses questions intéressant l'enseignement supérieur.

Celle relative à l'agrégation ne pourra pas manquer d'étonner bien des personnes. Elle est ainsi conçue :

1° Le concours pour l'agrégation médicale est supprimé;

2° Chaque Faculté s'adjoint le nombre d'agrégés qu'elle croit utile;

3° Les cours libres faits par les agrégés ne donnent lieu à aucun traitement de l'Etat, mais à une rétribution résultant d'une taxation scolaire fixée par la Faculté ;

4° Des règlements détermineront les rétributions accordées aux agrégés pour les examens, les suppléances et les enseignements imposés;

5° Un nouveau titre, par exemple, celui de « docteur ès sciences biologiques » pourra être créé et exigé des candidats à l'agrégation;

6° Les agrégés sont nommés pour une période de trois ans, renouvenable sur l'avis de la Faculté;

7° Les professeurs adjoints seront nommés pour une période de six ans, avec traitement sur la proposition de la Faculté. (On entrevoit ici le système allemand des *privat-docent* (agrégés) et des professeurs extraordinaires (professeurs-adjoints) ;

La présentation pour la nomination des professeurs titulaires se fera par une liste unique dressée par la Faculté et soumise au Conseil général des Facultés. Les professeurs titulaires pourront toucher une rétribution scolaire suivant une taxation fixée par la Faculté.

—M. le professeur Berger est désigné pour présider, pendant la session de novembre 1894, les jurys d'examens pour la réception des officiers de santé et sages-femmes de 2e classe dans les écoles de Caen, Rouen, Rennes, Nantes, Angers et Tours.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Baudet : La résorption progressive des arcades alvéolaires de la voûte palatine ou mal perforant buccal. — II. Congrès français de médecine interne. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Bibliothèque.

La résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine ou mal perforant buccal.

Par M. Baudet, interne des hôpitaux.

La résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine est une affection peu connue mais bien caractérisée, dans laquelle les dents branlent dans leurs alvéoles et tombent d'une seule pièce ; dans laquelle les arcades alvéolaires se raréfient et disparaissent au maxillaire supérieur puis à l'inférieur ; dans laquelle sans chute apparente de parcelles osseuses, la voûte palatine s'évide et se perfore. Le travail de résorption ouvre le sommet du sinus maxillaire et détermine ainsi une perforation assez large dans les cas avancés pour admettre l'introduction d'un doigt. Et tout cela, sauf exceptions, sans pus, sans douleur, sans hémorrhagie.

Nous ne voulons pas faire ici l'historique de cette question. Il nous suffit de dire que M. Labbé, en 1868, publia la première observation à la Société de chirurgie et créa le nom de Résorption progressive; qu'après lui, huit cas nouveaux ont été décrits; que nous en avons deux qui nous sont personnels. Le premier signalé, en 1890, à la Société d'anatomie de Bordeaux, a été publié *in extenso* dans la thèse que nous avons inspirée à notre ami, le docteur Carrière (Paris 1892). La deuxième, prise en mars 1893, n'est autre que celle que l'on va lire.

Les premiers observateurs rattachaient cette affection à la syphilis ; mais la syphilis ne crée pas sur la voûte de semblables perforations. Dubrueil, le premier incrimina le tabès; mais son idée ne reposait pas encore sur des faits bien probants, et la thèse de son élève Manoha (Montpellier 1885) n'était pas faite pour entraîner la conviction. C'est ce que le docteur Carrière fit ressortir ; et il montra que si le trijumeau était en cause, on ne pouvait encore rien préjuger de la nature de ses lésions.

Et cependant l'analyse serrée des faits anciens, la connaissance des observations nouvelles nous ont convaincu que réellement cette affection dépend du tabès ; que le tabès agit en frappant les centres protubérantiels du trijumeau, ses racines, le nerf lui-même; que c'est un chapitre à ajouter aux troubles ataxiques dépendant du nerf de la 5e paire que M. Pierret a décrits dans sa thèse.

Nous ne voulons pas décrire ici cette affection, ni essayer d'en établir la pathogénie. Nous nous réservons de publier une étude très complète de ce sujet dans un prochain mémoire. Nous voulons seulement, puisque cette question du « mal perforant buccal » est à l'ordre du jour, avancer déjà nos conclusions, prendre rang et date dans la discussion et y apporter une observation inédite.

G..., ouvrier fleuriste, âgé de 40 ans, est atteint de perte complète des dents à la ma-

choire supérieure, de résorption totale des arcades alvéolaires et de perforations palatines bilatérales qui ont ouvert de chaque côté le sinus maxillaire.

La connaissance de ses antécédents familiaux soigneusement recherchés éclaire peu l'étiologie de son affection. Deux oncles morts apoplectiques, une sœur fortement migraineuse, tels sont les seuls faits qui nous paraissent dignes de mention.

Les antécédents personnels ont plus d'importance. Nous laissons de côté les convulsions en bas âge, une affection aiguë double du poumon à l'âge de 20 ans, une scarlatine légère à 24. Mais il convient d'insister sur les deux faits suivants. En premier lieu, c'est que G..., comme sa sœur, était sujet depuis son enfance à des migraines très violentes suivies de vomissements. Elles ne l'ont quitté que depuis deux ans. C'est qu'il a eu dans sa jeunesse, par le fait même de ces migraines, une intolérance cérébrale telle qu'il ne pouvait supporter une lecture prolongée ; aussi quoique très intelligent, il a été long à s'instruire. En deuxième lieu, c'est qu'en 1873, à l'âge de 20 ans, il a eu un chancre à la verge qui a duré une douzaine de jours, chancre unique, indolore, qui a été suivi quelques semaines après d'une éruption papuleuse au front. Actuellement, il a des traces indiscutables de syphilis linguale.

Malgré sa vérole, le malade est assez bien portant. Sa profession d'ouvrier fleuriste n'a déterminé d'autre accident saturnin qu'une constipation à peu près continue et quelques accès légers de dyspepsie. G... est marié, sans enfants.

Au mois de décembre 1892, il éprouva pour la première fois une sensation pénible d'agacement dans les gencives du côté droit et à la mâchoire supérieure. Cela durait ainsi depuis quelques jours, lorsqu'il s'aperçut que la première molaire du même côté remuait légèrement dans son alvéole. Aussitôt il enleva cette dent avec la pointe du couteau. Mais cette sensation s'étendit bientôt aux autres points de la gencive, en même temps que ses dents supérieures, jusque-là saines et extrêmement solides, branlaient à leur tour dans les alvéoles. Il fit pour elles ce qu'il avait fait pour la première ; il les enleva successivement sans effort : il les cueillit, pour ainsi dire, plutôt qu'il ne les arracha. Cette ablation se fit sans être suivie d'aucune douleur, ce qui le surprit beaucoup ; sans être précédée ou accompagnée d'aucun phénomène de suppuration. Mais, fait très important à signaler, elle se compliqua d'une hémorrhagie assez inquiétante à tel point qu'à chaque extraction le malade aurait pu recueillir un demi-verre de sang. Cependant les dents qui tombaient n'avaient trace d'aucune lésion. Elles devaient même être superbes, si l'on en juge par celles qui lui restent à la mâchoire inférieure, et par celles du haut qu'il a recueillies au moment de leur chûte et qui sont parfaitement saines. Il faut dire cependant que l'examen histologique n'a pas été fait.

Pendant toute la durée de cette chute, le malade éprouva une névralgie faciale du côté droit avec tic douloureux, marqué surtout dans l'orbiculaire des paupières et les muscles du cou. Cette névralgie, qui suivit principalement les branches supérieures du trijumeau s'accompagna de quelques troubles vaso-moteurs. Une nuit, par exemple, le malade se réveilla avec une enflure subite des lèvres et du menton, déterminant une sensation de gêne et de picotement, « une sorte d'engourdissement pareil à celui que « l'on ressent dans la main, lorsqu'on est resté trop longtemps appuyé sur le bras. » C'est la comparaison même du malade. Il se rappelle qu'à ce moment, pour guérir cette fluxion, il se mit à fumer. Mais chaque fois qu'il mettait sa cigarette à la bouche, il la laissait tomber, car il ne sentait pas son contact. Cet œdème, qu'il avait du reste constaté en se regardant dans une glace, disparut au bout de trois jours, aussi subitement qu'il était venu.

Le lendemain matin, le malade n'avait plus aucune trace de tuméfaction et la mobilité ou la sensibilité étaient redevenues normales.

Cette névralgie faciale ne se termina qu'à la chute complète des dents à la mâchoire supérieure. En même temps que les dents tombaient, le malade enlevait des fragments osseux au maxillaire supérieur. Pour cela, il lui suffisait d'introduire la pointe de son canif dans l'alvéole déshabitée, et par un mouvement de rotation imprimé à la lame, il dégageait quelque sequestre branlant et le faisait basculer et tomber. Il a ainsi enlevé une vingtaine de fragments, dont deux, les plus gros et qu'il a pu nous montrer, poreux comme une pierre ponce, représentaient la largeur d'une pièce de 20 centimes. Ces deux sequestres, il les a enlevés en deux points symétriques qu'ils nous a montrés et qui correspondent bien au sommet du sinus maxillaire.

Actuellement, le malade se présente avec une physionomie spéciale que nous avions décrite dans une précédente observation, un air un peu hébété, à la fois étonné et rieur. La lèvre supérieure est retirée en arrière et se trouve recouverte par la lèvre inférieure. Il n'existe plus de dents à la mâchoire supérieure.

Le rebord alvéolaire a totalement disparu. La voûte palatine réduite à sa portion horizontale n'est plus qu'une lame à peu près plane, de forme triangulaire, à sommet antérieur, aux côtés légèrement sinueux et irréguliers. Sur les bords de la voûte, de chaque côté, existe une perforation. La droite part à 1 centimètre de la ligne médiane et s'étend en arrière jusque vers le milieu de la voûte. C'est plutôt une dépression sinueuse qu'une perforation, car le trou, la partie perforée n'existe qu'à la partie postérieure de ce sillon. Il y a là une ouverture par laquelle un stylet seul est assez fin pour pénétrer ; mais il tombe dans une cavité spacieuse, celle du sinus, et vient buter en haut contre le plancher de l'orbite.

La perforation qui existe du côté gauche est plus nette et plus étendue; son contour est irrégulièrement arrondi. Ses dimensions sont celles d'une pièce de 20 centimes : elle laisse introduire la phalange du petit doigt. Elle siège au niveau du point où se trouvait la première molaire. Le stylet pénètre dans le sinus jusqu'au plancher de l'orbite. Nous ne pouvons le faire ressortir par les fosses nasales.

Malgré ces détériorations étendues, ce qui reste de la voûte palatine a conservé son intégrité. Nous ne trouvons pas trace de sequestres, de lames osseuses qui remuent et soient prêtes à se détacher. La muqueuse est saine ; elle est un peu plus rouge que normalement ; mais cela est dû à l'irritation inévitable qu'entretient un appareil prothétique, un dentier, et qui est du reste bien supporté.

Il existe, sur les différents points de la muqueuse buccale des troubles sensitifs peu marqués, mais qui néanmoins ont leur importance. Il n'en existe pas sur la peau de la ace.

Nous avons trouvé que la sensation de contact était presque perdue au voisinage des deux perforations et que le stylet appliqué plusieurs fois en ces points et maintenu quelques instants en place, n'était pas senti, qu'au même endroit la sensation de piqûre était très diminuée. Ce sont là les seuls troubles de sensibilité que nous ayons pu relever.

Cette affection s'accompagne de troubles fonctionnels faciles à prévoir. La voix est nasonnée mais très légèrement; la parole est défectueuse, mais compréhensible; la mastication difficile; le malade même ne mangeait autrefois que des soupes ; nous disons autrefois, car ces troubles-là ont disparu depuis que le malade porte un dentier avec obturateur palatin.

Les différents organes fonctionnent bien. Les urines examinées avec grand soin par

M. Chevalier, interne en pharmacie à la maison Dubois, étaient sensiblement normales, ainsi qu'a pu nous le montrer l'examen détaillé que nous jugeons inutile de reproduire ici. Le malade porte des traces très nettes et même tenaces de syphilis. On trouve sur la langue des crevasses profondes, se coupant en tous sens et donnant à la muqueuse un aspect parqueté. On trouve des plaques muqueuses sur les lèvres.

Nous avons recherché chez lui des symptômes d'ataxie locomotrice. Nous osons dire que cet examen a été particulièrement soigné ; voici les faits que nous avons pu relever. Nous laissons de côté ce que l'examen a laissé de négatif. Il y a plus de quinze ans, le malade a eu des douleurs dans les membres supérieurs ou inférieurs, douleurs constrictives, comme si on lui eut serré les membres dans un étau. Elles étaient accusées surtout au-dessous des coudes et des genoux, mais elles cessaient rapidement et rien qu'en remuant ses bras ou ses jambes le malade les faisait disparaître. Il a éprouvé en certain temps de la difficulté et de la lenteur dans la miction. Il a rendu plusieurs fois du sang par l'anus, sans qu'il existe actuellement trace d'hémorrhagie.

Le sens du goût paraît atteint. A deux reprises différentes, il a éprouvé une même sensation de doux en avalant du sucre et de la quinine.

L'examen des yeux a été fait à deux époques différentes par M. Rochon-Duvignaud, chef de clinique de M. le professeur Panas. La première fois, M. Duvignaud a relevé comme trouble appréciable, quelques accès assez nets de diplopie. Un ptosis très léger que la femme du malade aurait remarqué à certains moments seulement ; l'existence passagère de quelques brouillards venant se placer devant les yeux et lui faisant perdre la vue des objets avoisinants. Enfin ses paupières sont prises d'un tremblement rapide et continu, quand on lui dit de les tenir fermées. L'examen des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accomodation a été particulièrement laborieux. Après plusieurs contrôles successifs, M. Duvignaud nous fait remarquer qu'à la lumière vive du jour, les pupilles sont à peu près égales, non myopiques, la gauche est peut-être un peu plus grande. Dans l'obscurité, la pupille gauche conserve ses dimensions, elle est donc insensible à la lumière. La droite se dilate lentement et irrégulièrement, déformation pupillaire due à un trouble moteur et non pas à des synéchies. A ce moment, le malade a de l'inégalité pupillaire. En somme, les pupilles réagissent assez bien à l'accomodation, mais très peu à la lumière, la droite étant très paresseuse, la gauche absolument insensible. A côté de cela aucun trouble papillaire. Le sens des couleurs est extrêmement bien conservé et particulièrement délicat. L'œil droit est myope et astigmate. C'est une malformation congénitale.

Le malade revient nous voir le 20 juillet 1894 pour des plaques muqueuses tenaces de la langue.

La perforation palatine droite est stationnaire, la gauche a un peu augmenté en largeur.

La sensation de piqûre est mal appréciée sur la voûte et produit une sensation de contact.

Le malade a éprouvé, depuis quelques jours, une sensation d'ébranlement dans les dents d'en bas; aucune cependant ne remue encore.

Le malade éprouve des sensations de constriction dans les genoux et quelques secousses dans les épaules.

M. Rochon-Duvignaud revoit le malade qu'il a examiné déjà et sans que je le prévienne. Il retrouve les mêmes bizarreries pupillaires et conclut que de ce côté-là, le malade paraît être un tabétique.

Nous sommes donc en présence d'un malade qui présente un cas type de ce qu'on a

décrit autrefois sous le nom de résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine, et plus récemment sous le nom de mal perforant buccal. Le malade est syphilitique, ce qui a été constaté dans quelques autres observations. Il n'a pas encore de signes très positifs de tabès, mais on peut prévoir qu'il deviendra un jour tabétique, s'il ne l'est déjà.

Quant à discuter si son affection dépend de la syphilis ou de l'ataxie, ou bien de la pyorrhée alvéolaire, comme l'affirme M. Galippe, c'est ce que nous ferons dans notre prochain mémoire.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (*suite*) (1)

—

Le chimisme stomacal

M. HAYEM a présenté, dans un rapport d'ensemble, le résumé de ses beaux travaux sur ce sujet. Le travail chimique de la digestion est une opération complexe et il ne fallait pas songer, à l'aide des petites quantités de liquide que l'on peut extraire de l'estomac pendant le travail d'une digestion à doser tous les agents qui prennent part à ce travail et les produits qui en résultent. Mais le chlore joue un rôle prépondérant dans la fermentation stomacale et il peut être très exactement mesuré. Aussi MM. Hayem et Wenter ont-ils cherché et trouvé une méthode analytique capable de faire connaître les variations des diverses formes du chlore pendant le cours de la digestion stomacale.

L'étude du chimisme stomacal comprend un certain nombre de faits :

La sécrétion stomacale qui prend naissance sous l'influence de l'excitation produite par l'aliment est une sécrétion chlorurée saline. Lorsque l'aliment ne renferme pas de substances albuminoïdes, autrement dit quand il ne contient pas de matériaux à digérer, le chlore renfermé dans le suc gastrique se présente presque exclusivement sous forme de chlore minéral.

Cependant on trouve toujours dans le suc gastrique des combinaisons chloro-organiques, qu'on ait eu recours comme excitant à l'eau distilée ou à une simple action mécanique, ce qui semble résulter de la présence dans l'estomac soit de résidus alimentaires, soit surtout de détritus cellulaires.

Dans le cours de la digestion normale d'un repas mixte, dès qu'ont pénétré dans l'estomac des matières susceptibles d'être digérées et transformées en peptones, les chlorures fixes sont utilisés au fur et à mesure de leur sécrétion sous forme de combinaisons chloro-organiques. Quant à l'HCl libre, il paraît être un produit accessoire et en quelque sorte accidentel de l'acte digestif.

Ainsi donc, contrairement à l'opinion classique, l'HCl se trouve surtout dans le suc gastrique normal à l'état de combinaisons organiques. Dans les conditions les plus physiologiques ces combinaisons organiques du chlore ont la même valeur acide que la quantité d'acide chlorhydrique qu'elles renferment et elles représentent, dans tous les cas, le facteur de beaucoup le plus important de l'acidité totale.

Le procédé d'étude de MM. Hayem et Wenter a permis de relever chez les malades des états chroniques plus nombreux que ceux qui ont été décrits. Parmi ces types, il en est un qui avait nécessairement échappé à l'observation, c'est celui qui est caractérisé par une augmentation plus ou moins considérable dans le contenu stomacal des produits chloro-organiques.

L'introduction, en clinique, des nouveaux procédés d'exploration a fait admettre la dyspepsie nerveuse. En réalité les troubles fonctionnels de l'estomac correspondent dans les cas les plus habituels à des lésions et le plus souvent à des lésions de haute im-

(1) Voir *Union médicale* du 6 novembre 1894.

portance. La muqueuse stomacale de l'adulte n'est jamais normale et les troubles dits dyspeptiques doivent être très souvent précédés et pour ainsi dire préparés par des états organoleptiques restés plus ou moins latents.

Korczinski et Jaworsky ont décrit une lésion de l'estomac qui consisterait en une infiltration leucocytaire et une digestion des cellules principales pendant la vie. Ce n'est pas là ce que M. Hayem décrit sous le nom de gastrite parenchymateuse. Celle-ci est, en effet, caractérisée par un processus qui évolue essentiellement dans les éléments glandulaires et qui, dans les formes pures, est absolument indépendant de toute infiltration leucocytaire. Elle débute dans la région peptique et tend habituellement à se généraliser et alors apparaît un fait des plus curieux, à savoir, la transformation complète de la région pylorique, dont les glandes prennent à ce point les caractères des glandes peptiques qu'il devient impossible de distinguer les coupes provenant du pylore de celles qui sont faites au niveau du grand cul-de-sac.

L'irritation qui a pour siège les éléments glandulaires préexistants présente diverses variétés anatomiques. Elle peut être simplement néoformative, d'autres fois elle se complique de dégénérescence des éléments néoformés ou d'exsudation intra-cellulaire.

Les néoformations portent tantôt principalement sur les cellules bordantes, tantôt sur les cellules dites principales. Mais on n'observe jamais la disparition complète de l'une ou l'autre de ces cellules, et il ne peut se produire à l'intérieur des glandes peptiques un suc acide qui digérerait une des espèces de cellules en respectant l'autre. L'acide gastrique ne doit pas, du reste, être produit par les cellules de bordure, car elles sont bien développées au moment de la naissance, alors que la digestion s'accomplit sans mise en liberté d'HCl. La gastrite parenchymateuse existe dans l'hyperchlorhydie et il est probable que l'irritation des cellules principales joue alors un rôle important ; l'hyperchlorhydie est donc contraire à la tranformation des glandes pyloriques en glandes peptiques.

La question si controversée de la présence ou de l'absence de l'acide chlorhydrique libre dans le cancer de l'estomac a perdu tout son intérêt. L'état de la digestion dépend dans le cancer, comme dans toute autre circonstance, de la lésion de l'appareil glandulaire. Le plus habituellement le cancer se développe chez des hypopeptiques ou des apeptiques, le suc gastrique est alors dépourvu d'HCl libre et on trouve à l'autopsie une gastrite atrophique ou une transformation muqueuse, c'est-à-dire les lésions qui expliquent l'hypopepsie ou l'apepsie. Mais exceptionnellement on peut trouver chez les cancéreux un état hyperpeptique et ce fait insolite doit être aussi en corrélation avec l'état de l'appareil glandulaire.

On peut faire des remarques analogues au sujet de l'ulcère. Le plus ordinairement, les ulcéreux sont des hyperpeptiques et la lésion coïncide avec une gastrite hyperpeptique plus ou moins pure. Mais la pathogénie de l'ulcère est complexe ; il y a certainement plusieurs variétés d'ulcère. Aussi peut-on observer, quoique exceptionnellement, chez les ulcéreux, un type chimique hypopeptique et à l'autopsie une gastrite mixte à tendance atrophique en corrélation avec cet état du chimisme gastrique.

Il n'y a donc pas lieu de rechercher la caractéristique chimique soit du cancer, soit de l'ulcère. Toutefois, nous savons que la gastrite parenchymateuse est le terrain de prédilection de l'ulcère, tandis que les gastrites chroniques à types chimique déprimé semblent favoriser le développement du cancer et le clinicien peut tirer partie de ces renseignements.

Les gastropathies ont souvent pour origines des troubles statiques, qui ont fait l'objet des intéressantes études poursuivies par M. Glénard. Souvent aussi, lorsqu'elles sont

nées sous l'influence d'une irritation, elles peuvent se compliquer d'un désordre mécanique. Le chimisme stomacal ne reste pas étranger au diagnostic des troubles statiques.

Effectivement, l'évolution digestive suit une marche absolument régulière quand elle est uniquement influencée par la lésion glandulaire ; au contraire, elle est plus ou moins irrégulière dès qu'il existe un obstacle à l'évacuation gastrique.

La signification des fermentations anormales est controversée.

Les affections dans lesquelles on observe ces fermentations sont assez variables. Les principales sont la gastrite parenchymateuse, les gastrites chroniques compliquées d'atonie ou de gêne mécanique à l'évacuation, et enfin les tumeurs bénignes ou non, capables, même lorsqu'elles ne siègent pas au niveau du pylore, de retenir des parcelles alimentaires. Les causes de ces fermentations sont encore peu connues. On peut cependant signaler les rapports paraissant exister entre certaines formes de fermentation et l'altération de la fonction chimique stomacale.

Les faits d'observation montrent, sans qu'on puisse encore en donner l'explication, que, dans un milieu où l'acide chlorhydrique libre devient abondant, au moins à un certain moment, la *fermentation acétique* est favorable. C'est ainsi que l'hyperchlorhydrie des hyperpeptiques est souvent compliquée de fermentation acétique. En pareille circonstance la fermentation lactique est rare et lorsqu'elle se rencontre elle se montre seulement d'une manière transitoire pendant les premières minutes de la digestion.

Au contraire, lorsque l'acide chlorhydrique libre fait défaut et à plus forte raison lorsqu'avec cet état, il existe une diminution dans la production des composés chloro-organiques acides, on voit souvent apparaître, pour peu que la digestion se prolonge, un degré plus ou moins accusé de fermentation *lactique*.

Pour le professeur Bourget (de Lausanne), qui a fait un rapport basé sur l'examen de 354 malades : La sécrétion gastrique varie en quantité et en qualité suivant l'alimentation, en suivant les conditions d'existence, de santé ou de maladie de l'individu.

La pepsine est le ferment faisant très rarement défaut, la valeur digestive d'un suc gastrique paraît surtout dépendre de la sécrétion de l'acide chlorhydrique ; cette sécrétion est très exposée aux variations quantitatives.

Le travail de la digestion stomacale n'est pas un travail définitif, c'est une sorte de préaration à la digestion intestinale ; cette digestion peut donc être plus ou moins complète, sans qu'il en résulte un préjudice sérieux pour le travail subséquent ou pour l'individu, pourvu que le fonctionnement mécanique de l'estomac se passe normament.

Ce fonctionnement mécanique de l'estomac a certainement, au point de vue des phénomènes digestifs généraux, une bien plus grand importance que le fonctionnement chimique.

Dans une même affection stomacale, le suc gastrique ne présente pas toujours les mêmes anomalies, il en résulte que l'analyse chimique, seule, de ce suc gastrique, ne peut servir à établir le diagnostic précis de telle ou telle maladie de l'estomac.

Ainsi l'absence de l'acide chlorhydrique ne suffit pas pour diagnostiquer une tumeur de l'estomac, pas plus que l'hypéracidité chlorhydrique n'est suffisante pour affirmer l'ulcère rond. Cependant l'examen chimique du suc gastrique pourra concourir avec les autres moyens d'investigations à établir plus sûrement le diagnostic de certaines affections stomacales.

Seule l'hypersécrétion intermittente ou permanente (maladie de Reichmann) peut être diagnostiquée par la seule analyse chimique du suc gastrique recueilli à jeun et après

un repas d'épreuve ; mais, pour cela, il faut avoir des données exactes sur l'acidité totale, sur le pour cent et la quantité d'acide chlorhydrique libre ou combiné, et sur la quantité des acides organiques en présence dans l'estomac.

Dans l'état actuel de la science, ignorant le mode de formation de l'acide chlorhydrique, ne connaissant pas davantage la manière d'agir de la pepsine, la simple analyse chimique d'un contenu stomacal ne nous paraît pas suffisante pour établir une division des différentes affections stomacales.

Au point de vue thérapeutique, l'examen chimique du suc gastrique s'impose, lui seul peut nous donner des indications précises pour fixer le traitement diététique et médicamenteux.

M. Linossier n'accorde pas une aussi grande valeur clinique que les rapporteurs à l'examen du chimisme stomacal, car il y a un grand nombre de causes d'erreurs. Le suc gastrique, pour lui, varie cliniquement, ce que n'admet pas M. Hayem. De plus, la sécrétion gastrique est très influencée par la température, la quantité, la qualité des aliments, elle est plus abondante aux heures habituelles des repas, varie suivant les divers moments choisis pour l'extraction des liquides. Une fois le liquide obtenu l'analyse chimique elle-même ne permet pas d'arriver à une certitude, car on ne sait s'il existe réellement de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, on ne peut fixer la limite où commence les déviations du type normal.

De même, pour M. Contaret, ce n'est que dans les cas de cancer, d'ulcère rond, d'atrophie glandulaire que l'examen du chimisme stomacal est utile. Dans les dyspepsies il est impossible de se baser sur cette étude du chimisme pour établir le traitement.

M. Mathieu montre qu'il est nécessaire de ne pas isoler l'étude du chimisme de celle de la motricité et de la sensibilité de l'estomac.

Les analyses du suc gastrique par les procédés actuels ne renseignent pas sur la quantité de la réaction ni sur le travail réel exécuté par l'estomac. Elles ne donnent idée ni de la motricité gastrique ni du transit stomacal. Ce sont cependant là des facteurs très importants des troubles de la digestion.

Ces diverses communications ont été écoutées avec intérêt par les membres du Congrès qui ont paru partager l'avis des derniers orateurs et accorder, pour la clinique, moins de valeur que M. Hayem à la recherche du chimisme stomacal. Les travaux du professeur de Paris n'en ont pas moins été appréciés comme ils le méritaient.

(A suivre.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1894. — Présidence de M. Rochard

Présentations et Rapports

MM. Rochard, Tarnier, Lancereaux, Périer prennent successivement la parole pour diverses présentations.

M. Laborde —J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur Henri Huchard, une série de brochures portant les titres suivants :

1. *Une rectification historique en faveur de Vieussens, au sujet du pouls et de la maladie dite de Corrigan.*

2. *Sur les signes d'affaiblissement du cœur dans les fièvres.*

3. *L'asystolie et son traitement.*

4. *Artério-sclérose et Brightisme.*

5. *Le traitement des maladies chroniques du cœur par la gymnastique et les eaux minérales.*

6. *La méthode en therapeutique.*

La haute compétence et la légitime autorité que s'est acquise M. Huchard dans l'étude des questions qui touchent à la pathologie et à la thérapeutique des affections cardiaques et dont les travaux précédents représentent autant de spécimens, me dispensent de toute appréciation de leur valeur réelle et de leur intérêt, dont le meilleur témoignage est dans leur signature.

Je tiens cependant à signaler particulièrement à l'attention de l'Académie, avec une satisfaction qu'elle trouvera toute naturelle de la part d'un physiologiste, le passage suivant de la remarquable leçon de M. Huchard sur la *Méthode en thérapeutique*, passage où il me suffit d'extraire ces quelques lignes :

« Je vous ai parlé de la thérapeutique symptomatologique, étiologique, pathogénique, compensatrice, préventive...

« Je ne parle pas de l'empirisme qui a fait son temps et qui doit être toujours remplacé par la *thérapeutique physiologique...* »

M. Charpentier lit un rapport sur les ouvrages envoyés à la commission de l'hygiène de l'enfance.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un travail de M. Maurel, relatif à la pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses. Il rappelle les expériences de l'auteur tendant à établir que les inflammations mercurielles des muqueuses sont de nature parasitaire ; elles seraient dues aux microbes vivant normalement à la surface de ces muqueuses et le bichlorure de mercure agirait surtout en diminuant l'énergie phagocytaire des leucocytes.

Le mensurateur-levier-préhenseur de Farabeuf

M. Pinard : Je ne veux pas tarder à annoncer à l'Académie que la nuit dernière, à la clinique Baudelocque, a été posée une nouvelle pierre à l'édifice de l'obstétrique positive, que mes collaborateurs et moi nous nous efforçons d'élever sur les plans et avec les moyens d'exécution que nous fournit M. Farabœuf et que la *Gazette hebdomadaire* a répandu à des millions d'exemplaires.

Il s'agissait d'une grossesse gémellaire, un premier enfant, bien développé, était né spontanément.

Néanmoins, la tête du deuxième, sans doute grosse et dure, était retenue au-dessus du détroit supérieur depuis six heures. Je vérifiai du sous-pubis à la suture sagittale un peu plus de 7 centimètres, et du plancher osseux coccy-sacré au pôle descendant antérieur trois travers de doigts ; la tête était donc inclinée sur lepariétal antérieur, inclinaison dite de Nœgelé.

Ayant reçu et stérilisé le mensurateur-levier-préhenseur que j'avais envoyé chercher au laboratoire de mon collègue, qui le tient à la disposition des accoucheurs français et étrangers de passage à Paris, je commençais l'application : sept minutes après l'enfant criait.

Le cas s'est trouvé trop facile pour que j'en dise un mot de plus. C'est assez qn'il soit enregistré dans les bulletins de l'Académie pour attirer l'attention.

Nouveaux succès des tractions rythmées de la langue.

M. Périer : Dans la dernière séance, mon collègue et ami le docteur Laborde a

rappelé, en mon absence, un fait de mort apparente sous l'influence de l'anesthésie chloroformique observé dans mon service et dont le malade a été tiré par les tractions rythmiques de la langue.

Je puis vous signaler un fait d'un grand intérêt, il s'agit d'un enfant entré à Lariboisière, le 17 mars dernier. Il était âgé de 15 jours et porteur d'un spina bifida lombaire du volume d'une mandarine et en imminence de rupture spontanée.

L'opération était urgente, et je la pratiquai le 18 mars, le lendemain de son entrée. Après l'ouverture du sac et l'évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, l'enfant, qui jusque-là avait bien supporté l'opération, cessa de respirer et devint absolument inerte; les pressions alternatives sur le thorax et l'abdomen n'amenaient aucune modification, elles étaient même impuissantes à faire entrer un peu d'air dans les voies respiratoires. J'ordonnai les tractions rythmées de la langue, et en quelques secondes la respiration se rétablit.

Je pus terminer l'opération, l'enfant partit le 1er avril, douzième jour, avec une cicarisation complète. Il allait aussi bien que possible ; mais, il était au milieu de sa nombreuse famille, dans des conditions défavorables. Aussi n'ai-je pas été trop surpris en apprenant que trois mois après il avait succombé à un état qui avait été désigné sous le nom d'athrepsie.

BIBLIOTHÈQUE

Les affections parasyphilitiques (1), par A. Fournier.

Le professeur Fournier vient de publier une nouveau livre doué de toutes les qualités de ceux qui l'ont précédé, alors que les lecteurs un peu lents ont à peine fini de s'instruire aux enseignements du *Traitement de la syphilis*, tant est admirable l'activité du maître de l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit encore, bien entendu, de la syphilis, mais d'une sorte de philosophie de la syphilis, et, en tout cas, d'un point de vue sous lequel la syphilis, jusqu'ici, a été fort peu ou du moins fort incomplètement envisagée. Nul au monde mieux que Fournier ne pouvait dresser le bilan actuel de nos connaissances, d'une part, parce qu'il a toutes les qualités du clinicien rompu aux difficultés de la pratique générale, d'autre part, parce qu'il a merveilleusement étudié les changeantes formes de l'infection syphilitique, les multiples variété morbides qui découlent de l'action du virus sur les organes, sur les individus, sur la race, sur l'avenir des populations ainsi adultérées. Le penseur y trouvera une des principales causes de cette « dégénérescence » dont les écrivains contemporains ne montrent si frappés et que certains constatent si cruellement. Nous y trouvons, nous, une raison de plus s'il en était besoin, pour réclamer de la clairvoyance de ceux qui sont chargés de veiller sur les populations, les mesures nécessaires pour mette un terme, au moins pour enrayer un tel empoisonnement, sévissant sans tapage, sans éclat épidémique capable de terrifier les masses, mais *sans jamais cesser un seul jour.*

Le syphilis, en effet, n'est pas seulement coupable des accidents unanimement reconnus spécifiques. « Elle fait plus que cela, elle fait autre chose que cela. » Elle est esponsable encore de nombre de manifestations qui, « pour n'avoir plus rien de syphilitique comme nature n'en restent pas moins syphilitiques d'origine, en ce sens qu'elles ne se fussent vraisemblablement pas produites si la syphilis n'avait pas préexisté dans l'organisme ». Telle est la définition des affections auxquelles le professeur donne la dénomination très bien appliquée, pensons-nous, de *parasyphilitiques*, à savoir :

Pour la syphilis acquise : La syphilis pigmentaire, l'hystéro neurasthénie aiguë de la période secondaire, les diverses manifestations neurasthéniques d'une étape plus avancée ; l'hystéro-syphilis, le tabès, la paralysie générale, une forme spéciale d'épilepsie, une forme spéciale d'atrophie musculaire, etc. Nous croyions même y trouver certaines formes, soit de l'hémoglobinurie parasystique, soit surtout de cette leucoplaxie nacrée si fréquente chez les anciens syphilisés que l'on croirait volontiers que le virus a détruit la résistance de cette muqueuse et l'a rendue attaquable à toutes les irritations auxquelles elle eût été, sans elle, indéfiniment réfractaire.

(1) Rueff, Paris, 1894.

Pour la syphilis héréditaire: De nombreux troubles dystrophiques généraux ou partiels, malformations organiques, malformations dentaires notamment (1), arrêts ou retards du développement physique et intellectuel, infantilisme, voire nanisme, cachexie native, inaptitude native à la vie, ce que les statistiques officielles qualifient par euphémisme de « débilité congénitale », etc., etc., le rachitisme, l'hydrocéphalie, certains cas de méningite simple du jeune âge, sûrement, en tout cas, le tabès juvénile et la paralysie générale juvénile, sans compter que cette liste est vraisemblablement encore loin d'être close.

Toutes ces affections sont d'autant plus graves qu'elles ne sont pas influencées thérapeutiquement par les remèdes spécifiques à la façon des accidents syphilitiques proprement dits ; et pourtant, au nom de la logique et de l'observation, insiste le professeur, c'est bien la syphilis qui en est étiologiquement responsable, de la même manière, par exemple, que la scarlatine pour les accidents urémiques.

La syphilis, il faut bien le savoir, ne procède pas que par des accidents caractéristiques de sa spécificité ; elle emprunte fréquemment des symptômes moins spéciaux, à savoir : la fièvre, l'anémie, l'asthénie, l'amaigrissement, la cachexie, etc., tous phénomènes simplement symptomatiques d'une infection ou même d'un empoisonnement ; il en est de même des névroses, des névralgies, des douleurs, voire des accès d'hystérie comme peut en faire l'intoxication alcoolique ou telle autre.

Les troubles dans la pigmentation cutanée que l'on observe chez les syphilitiques sont des phénomènes du même ordre ; c'est de l'hyperchromie d'origine infectieuse ; or, on sait que la tuberculose, la lèpre, l'intoxication paludéenne, peut-être l'arsénicale et d'autres encore, produisent des troubles d'hyperpigmentation d'*emblée*, c'est-àdire comme la syphilis secondaire, et sans avoir été précédé, en dépit des assertions de certains observateurs superficiels, d'une éruption cutanée quelconque. D'ailleurs, le plus souvent, le collier de Vénus se présente sous un aspect *aréolaire* presque pathognomonique et se montre réfractaire aux médicaments spécifiques, ce qui n'a rien de très surprenant s'il s'agit bien, non pas d'une production directement spécifique, mais d'une sorte de tatouage hématique : Le virus, introduit dans le sang, donnerait lieu à des thromboses vasculaires ; le pigment sanguin qui en résulterait serait transporté par les cellules migratrices dans le corps papillaire et plus tard dans les couches épidermiques.

Le chapitre sur la neurasthénie, état morbide qu'ont bien fait connaître les recherches contemporaines, est tout entier à lire. Nous recommandons tout particulièrement les paragraphes relatifs à la céphalée, à la pseudo-encéphalopathie et au pseudo-tabès neurasthéniques.

Le chapitre de l'hystérie parasyphilitique est fort intéressant aussi, à cause de la fréquence des accidents de cette nature dans le cours et par le fait de l'infection syphilitique dont l'agent est un véritable poison du système nerveux.

Le tabès et la paralysie générale sont des preuves de plus que le système nerveux est de tous les systèmes organiques le plus fréquemment affecté par la syphilis tertiaire. Comment agit en pareil cas le virus syphilitique ? N'agit-il ainsi que sur le système nerveux héréditairement prédisposé et plus fragile ? On l'ignore encore ; mais, si le processus échappe, on est certain de la conclusion, à savoir que si la syphilis n'existait pas, il y aurait infiniment moins de tabétiques (92 à 94 p. 100) et de paralytiques généraux. Les médecins doivent dans ces appréciations tenir compte des cas, si nombreux qu'on ne l'imagine pas, où la syphilis se dérobe à l'observateur le plus expert et le plus consciencieux, alors surtout qu'il s'agit de recherches rétrospectives dans un passé plus ou moins lointain, rien n'est plus exact que cette réflexion ! Me sera-t-il permis de consigner ici les résultats de ma statistique personnelle de paralysies générales d'origine syphilitique (de 1877 à 1894) portant sur 49 cas dont 6 ont débuté par le tabès alors que pas un seul de mes cas de paralysie générale n'a versé dans le tabès. Sur ce nombre, soit dit en passant, il y a 4 femmes qui ont été atteintes de syphilis conceptionnelle et 19 médecins victimes de syphilis acquise. Cette dernière proportion est certainement considérable et tend uniquement à ce que j'ai été à même de pénétrer dans l'intimité d'un bien plus grand nombre de médecins que d'autres personnes, militaires, ingénieurs, artistes, etc. Beaucoup de confrères, en effet, ont été par moi ou traités ou diagnostiqués ou simplement vus nettement syphilitiques, quand, par exemple, ils étaient étudiants ; la plupart se sont d'ailleurs alors mal ou pas traités et après six, huit, dix ans et davantage ; j'apprenais ou je constatais qu'ils étaient paralytiques généraux. Certes, beaucoup des médecins qui ont alors été appelés à leur donner des soins,

(1) J'observe pour ma part le fait suivant : une dame, âgée de 34 ans, syphilitique soit par infection héréditaire, soit par infection infantile, qui a encore presque toutes ses dents de lait et qui a, pour la première fois « percé » l'année dernière ses incisives médianes inférieures et cette année les incisives médianes supérieures, les latérales n'ayant pas encore été remplacées. Les nouvelles dents sont mal formées, méconnaissables, et naines. La deuxième dentition a eu lieu à 34 ans au lieu de se faire à 7 ans.

n'ont jamais su que ces malades avaient été jadis atteints de syphilis incontestable; mais la plupart avaient eu une syphilis bénigne, caractérisée seulement par la ténacité ou la récidive de légères syphilides érosives buccales et ne portaient plus, au moment de leurs graves accidents cérébraux, aucune espèce de trace de leurs antécédents syphilitiques.

Il faut encore, recommande bien Fournier, tenir compte des cas si nombreux où la syphilis est ignorée réellement du malade non moins que du médecin, des cas de syphilis sciemment dissimulées, des syphilis accidentelles et méconnues, des syphilis insontium, de la syphilis héréditaire et aussi de la syphilis conceptionnelle, laquelle, ajoute le maître avec tant de raison, n'a pas encore fait sa trouée dans le public médical. Alors seulement on sera bien en mesure d'apprécier, avec quelque chance d'être dans le vrai, combien peu de cas de tabès et de paralysie générale échappent à l'étiologie spécifique, au moins dans les conditions habituelles de notre observation.

Un peu plus loin se trouve l'intéressante discussion relative à l'étroite parenté morbide du tabès et de la paralysie générale : ces deux maladies n'en font plus qu'une, est presque sur le point de conclure avec Raymond et Rendu, Fournier qui est surtout frappé de l'identité étiologique.

Quant à l'épilepsie parasyphilitique, elle naît, se développe et persiste parfois pendant plus de dix ans à l'état d'épilepsie pure et simple, sans association à d'autres phénomènes cérébraux.

Je ne saurais trop recommander à la réflexion des lecteurs le chapitre où sont exposés les affections parasyphilitiques de la syphilis héréditaire, le retentissement sur le développement de l'embryon et de l'enfant, l'amoindrissement de la résistance vitale, la production des déchéances organiques des prédispositions morbides. En raison même de leur filiation, le médecin ne saurait les distraire du dossier pathologique de la syphilis, laquelle en reste étiologiquement responsable bien que le caractère pathognomanique de la syphilis fasse défaut.

On ne pourra jamais trop faire entendre cette vérité : « La vérole est de toutes les maladies celles qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge, soit par action directe, soit par influence indirecte ou parasyphilitique. Les dystrophies, soit totales, soit partielles, les processus de formation incomplète, le nanisme aussi bien que l'idiotie et certaines variétés de folies, sont les conséquences fréquentes de l'action dépressive du virus syphilitique sur les générations descendantes. Cette indubitable détérioration de l'individu et de l'espèce par la syphilis constitue un fait que devraient bien méditer les philosophes, les législateurs, les écrivains, les gouvernants. A ces derniers, Fournier adresse, à la fin de son livre, un pressant, éloquent et bien suggestif appel : « Prenez garde ! en réalité la vérole est un ennemi plus redoutable que vous le pensez. Elle ne se borne pas à l'ordre des méfaits, déjà si nombreux et si terribles qu'on lui attribuait jusqu'ici. De par l'observation contemporaine, elle comporte en surplus, en supplément, d'autres dangers plus sérieux encore et plus menaçants ; elle est responsable notamment de toute une série d'affections nerveuses des plus graves. Sa prophylaxie devient donc à ce titre un intérêt public, social, et mérite, sans doute, plus d'attention, plus de souci, plus de sollicitude qu'on ne lui en a accordé jusqu'à ce jour ! »

Je ne sais si j'ai réussi autant que je le voudrais à faire entrevoir au lecteur combien instructif est ce livre de Fournier, parce que, comme pour tous les ouvrages qui sont le fruit d'une expérience longue, vraie, judicieuse et qui sont nourris de faits, l'analyse en est malaisée : il y a trop à citer, trop à signaler ! Je crois donc devoir insister encore sur e grand profit que tous les lecteurs, élèves ou praticiens, spécialistes ou encyclopédistes, ne manqueront pas d'en tirer ; car ce livre marque certainement un progrès dans les connaissances médicales.

Dr Barthélemy.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Revue générale : Quelques travaux récents sur la tuberculose. — II. E. ROCHARD : La Société de chirurgie. — III Congrès étrangers. — IV. Société de biologie. — V. Thérapeutique appliquée. — VI. Bibliothèque. — VII. Courrier.

REVUE GÉNÉRALE

Quelques travaux récents sur la tuberculose

Un très grand nombre de travaux sont consacrés chaque année à la tuberculose, et une publication spéciale a pour objet de les porter à la connaissance du public médical. C'est dire que nous n'avons pas l'intention d'être complet dans cette revue, mais voulons seulement attirer l'attention de nos lecteurs sur une certain nombre de mémoires intéressants.

I

M. G. Lasserre a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la *Tuberculose péritonéale subaiguë*, syndrome clinique qui a été individualisé pour la première fois par M. Fernet en 1884 et étudié ensuite par Boulland et Vierordt.

Cette forme de tuberculose apparaît en général chez des sujets en bonne santé. Elle est presque spéciale à l'âge adulte et l'hérédité est très rarement notée. Les affections antérieures du péritoine créent un *locus minoris resistentiæ* pouvant servir de point d'appel à la tuberculose. C'est ainsi que chez un malade porteur d'une hernie inguinale, les premiers symptômes peuvent apparaître au niveau du sac.

L'infection du péritoine ne se fait pas par le sang, elle est habituellement secondaire à une manifestation locale et latente de la tuberculose. On trouve une tuberculose ganglionnaire, intestinale, génitale. Quelquefois, malgré une recherche attentive, on ne trouve rien. Vierordt n'admet guère, cependant, que la tuberculose péritonéale puisse être primitive à cause du grand nombre d'organes où elle peut d'abord se localiser. C'est cependant là un processus dont des expériences prouvent la possibilité et Carvet, en mettant des crachats tuberculeux et des cultures bacillaires sur les muqueuses vaginale ou uréthrale a vu que l'infection pouvait se faire, la muqueuse restant macroscopiquement saine. De même Debroklowsky a démontré que les bacilles peuvent aller infecter le péritoine à travers l'intestin sans qu'il y ait la moindre lésion apparente de ce dernier. Une fois la pénétration effectuée, la diffusion de la tuberculose se fait facilement, parce qu'il n'y a que fort peu d'adhérences ou de fausses membranes.

L'extension de la tuberculose du péritoine aux plèvres se fait par les lymphatiques qui établissent entre les deux séreuses des communications très faciles. Quelquefois, après une première pleurésie, la deuxième plèvre n'est prise que consécutivement à l'envahissement du péritoine.

Comme les autres tuberculoses, la tuberculose pleuro-péritonéale est souvent précédée de déperdition des forces, d'amaigrissement sans cause apparente, etc. Mais, le plus habituellement, il n'y a pas de prodromes, et la maladie débute même parfois brusquement avec les allures d'une péritonite aiguë. Dans la règle, cependant, le début est latent, insidieux ; il y a

des troubles digestifs vagues, de la gêne après le repas, des douleurs abdominales ou simplement une augmentation de volume du ventre.

Les troubles fonctionnels sont, du reste, peu accusés pendant toute la durée de la maladie ; les fonctions digestives restent à peu près normales, les vomissements sont très rares. Tantôt il y a de la diarrhée, tantôt de la constipation, ces deux états peuvent, du reste, alterner. De même, le malade ne se plaint guère que de douleurs sourdes généralisées, quelquefois d'une douleur fixe limitée en un point.

A l'examen du malade, on constate que le ventre est distendu ; la palpation permet de sentir tantôt du froissement péritonéal, tantôt une anse intestinale formant boudin ; les gateaux péritonéaux de la péritonite tuberculeuse classique sont rares. L'ascite est peu abondante, se déplace facilement, mais il y a un tympanisme considérable.

En même temps, l'attention est attirée du côté des organes thoraciques par un point de côté, une gêne respiratoire légère (la dyspnée peut être due au tympanisme), une petite toux sèche. A l'examen, on trouve un épanchement pleurétique simple ou double, avec tous ses signes classiques. Parfois, cet épanchement est apparu sans grands symptômes fonctionnels et le médecin ne le découvre que s'il pense à le rechercher. Généralement, les sommets des poumons restent indemnes.

La santé générale n'est relativement que peu atteinte, mais toujours il y a un peu de fièvre ; vers le soir, il y a un petit frisson et la température atteint environ 38°5.

La marche de la maladie est essentiellement variable.

Dans les cas bénins, les épanchements se résorbent peu à peu, tous les phénomènes s'amendent et la guérison se fait en deux à trois mois environ. Quelquefois une rechute vient retarder cette guérison sans l'empêcher. Mais, assez souvent, l'épanchement pleural est tenace et le malade ne se rétablit qu'après une thoracentèse. Le liquide est citrin ou rosé pendant l'évacuation ; il laisse déposer une couche de globules rouges et peut être parfois nettement hémorrhagique ; il est toujours très pauvre en fibrine. L'épanchement abdominal a les mêmes caractères, mais très rarement la ponction de l'ascite devient nécessaire. D'autres fois, il se fait de véritables séries de poussées pleurales, plusieurs thoracentèses deviennent nécessaires et, finalement, tantôt le malade finit par se rétablir, tantôt il succombe après 6, 7 ponctions successives.

D'autres fois, encore, on croit à une fièvre typhoïde et ce n'est que l'évolution de la maladie qui vient éclairer le diagnostic. Dans un cas de Vierordt, le premier signe de la maladie fut un œdème considérable des jambes, des bras, du visage, dont la cause restait inconnue. Ce ne fut que plus tard qu'apparurent les signes de pleurésie et de péritonite. La maladie évolue généralement rapidement dans ces cas et la mort survient en un mois ou un mois et demi. Du reste, des cas conformes au type clinique général peuvent avoir une durée aussi courte.

La mort peut être causée par une localisation nouvelle du bacille ; péricardite, méningite, tuberculose pulmonaire, génitale, urinaire ou intestinale. Cependant, il faut bien savoir, et ceci est très important pour le clinicien, que la terminaison fatale est loin d'être la règle. Le plus souvent, au bout de 2 ou 3 mois, l'état général s'améliore beaucoup et le malade finit

par se rétablir après une longue convalescence. En fait, la guérison est fréquente, et sur dix malades observés par M. Lasserre, un seul a succombé. Malheureusement, il est très probable qu'il ne s'agit, dans la grande majorité des cas, que de guérisons temporaires, et pour Vierordt il n'y a que des rémissions plus ou moins longues. En tous cas, il y a une grande différence de pronostic entre la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë primitive et celle qui est secondaire à des lésions tuberculeuses en évolution ; cette dernière, qui apparaît habituellement dans le cours de la tuberculose pulmonaire, est toujours mortelle et constitue un accident ultime.

Le diagnostic de la tuberculose péritonéo-pleurale est assez difficile. Il faut toujours penser à examiner les plèvres quand on constate une péritonite subaiguë à forme ascitique, même quand on aura constaté la lésion pleuro-péritonéale, on ne pourra pas toujours affirmer la tuberculose. L'examen bactériologique, l'inoculation du liquide des ponctions ne donnent souvent aucun résultat même dans des cas où l'autopsie vient ensuite prouver qu'il s'agit nettement de tuberculose. Sans entrer dans les détails du diagnostic différentiel, nous dirons qu'il doit se faire surtout avec trois groupes morbides :

1° Les affections hépatiques s'accompagnant d'ascite, lorsqu'elles sont compliquées de pleurésie ;

2° Les péritonites et pleurésies chroniques simples ;

3° La carcinose péritonéo-pleurale.

Dans le premier groupe, la maladie la plus commune est la cirrhose du foie. Dans cette affection, la pleurésie est à droite seulement, le ventre est plus développé et les veines collatérales bien plus marquées, l'ascite est plus mobile, il n'y a pas de fièvre. On n'oubliera pas que la tuberculose pleuro-péritonéale peut survenir chez un malade déjà atteint de cirrhose atrophique.

Le diagnostic avec la carcinose péritonéo pleurale aiguë est des plus difficiles. On pourra penser au cancer quand l'âge sera très avancé, la cachexie très accusée, l'épanchement franchement hémorrhagique ; l'amendement des symptômes, les rémissions conduiront naturellement au diagnostic de tuberculose.

Il est très important pour le pronostic de reconnaître si la tuberculose est primitive ou secondaire, aussi devra-t-on examiner avec le plus grand soin tous les viscères avant de conclure.

Lorsque l'on peut faire l'autopsie d'un cas de tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë, on trouve que le péritoine et la plèvre d'un ou des deux côtés sont recouverts de petites granulations grisâtres, généralement très nombreuses au niveau du diaphragme. Une certaine quantité de liquide, d'autant plus hémorrhagique que la maladie a été plus rapide, occupe la cavité de la séreuse. Il y a absence presque complète de fausses membranes ; un exsudat fibrineux très peu adhérent unit légèrement les anses intestinales. Dans les cas primitifs, tous les viscères sont intacts.

Trois indications résument la thérapeutique : soutenir l'état général, faire la thérapeutique des symptômes, hâter la résorption des épanchements.

Il faudra donc suralimenter les malades, combattre la diarrhée par le sous-nitrate de bismuth et les antiseptiques intestinaux, la douleur par les opiacés.

Les épanchements très abondants nécessitent la ponction d'urgence des plèvres ou du péritoine, mais ce sont là des cas rares. Le plus souvent on a à traiter des épanchements peu abondants mais persistants. Il faudra alors faire une simple ponction évacuatrice qui suffit presque toujours empêcher le liquide de se reproduire. Si l'épanchement se reforme de nouveau, on aura recours aux injections modificatrices de solution iodo-indurée, de naphtol camphré, ou au lavage à l'aide de l'eau boriquée naptholée ou non. Nolew, Voorhof ont obtenu la disparition de l'épanchement dans des cas de péritonite tuberculeuse avec ascite, en introduisant de l'air dans le ventre à l'aide d'une petite pompe foulante et en le laissant pendant cinq minutes en contact avec la séreuse après l'évacuation du liquide.

(*A suivre*).

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur la *cystostomie sus-pubienne*, déjà à l'ordre du jour des deux dernières séances, s'est terminée mercredi dernier, et, on peut le dire, presque tous les chirurgiens parisiens, pour ne pas dire tous, se sont trouvés d'accord. Mais, avant d'énoncer les conclusions émises par M. Tuffier, qui, ayant engagé les débats, devait les terminer, résumons l'opinion des différents auteurs qui ont pris successivement la parole à la fin de la discussion.

C'est d'abord M. Routier qui fait connaître sa pratique depuis qu'il est chargé du service des voies urinaires des hôpitaux.

Il a pratiqué la cystostomie sus-pubienne dans des cas de cystite douloureuse et de rétentions chroniques. Chez les malades qui souffrent, c'est certainement une opération bonne à conseiller. Sur trois interventions, il a eu une mort, mais il s'agissait d'une tuberculose généralisée. L'orateur fait du reste remarquer avec raison que dans les affections vésicales tributaires de la cystostomie, on ne peut raisonner sur des chiffres. Le pourcentage, si à la mode à l'heure actuelle, n'est pas applicable ici, à cause de l'état de gravité du malade, état de gravité qui commande l'intervention. Il faudrait, du reste, pour avoir une statistique exacte, pouvoir mettre en regard de la mortalité opératoire, la léthalité si considérable des vieux urinaires.

Passant aux *rétentionnistes*, M. Routier nous dit que, comme ses collègues, il n'a jamais pratiqué la cystostomie pour des cas de rétention aiguë. Dans les cas de rétentions chroniques, il a fait l'ouverture sus-pubienne sept fois avec trois morts et quatre succès, et il analyse successivement ces différentes observations. Nous ne pouvons entrer dans tous ces détails, mais énonçons l'avis de l'orateur qui, en terminant, conclut à l'efficacité de la cystostomie dans bien des cas où elle est vraiment d'un grand secours ; mais il faut savoir qu'il est des malades chez lesquels elle est inefficace. Elle ne permet pas, en effet, de désinfecter les voies urinaires supérieures.

M. Polaillon prend ensuite la parole pour rapporter l'observation d'un prostatique qui, un beau jour, ne put plus se sonder. Son médecin fit une fausse route et l'urèthre fut désormais infranchissable. Après une première ponction de la vessie, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu pratiqua la cystostomie sus-pubienne, fit le cathétérisme rétrograde et le malade guérit. Cette in-

tervention eut, du reste, une influence des plus heureuses sur ses fonctions urinaires.

Signalons encore une lecture faite par le secrétaire général d'un travail de M. Pousson (de Bordeaux), qui établit des distinctions, peut-être un peu minutieuses, sur les différences qui existent entre la *cystotomie* et la *cystostomie*, la première étant en quelque sorte une opération extemporanée avec trajet saignant et bourgeonnant ; la seconde, au contraire, établissant un méat définitif cutanéo-muqueux. Ces deux interventions différentes n'auraient, du reste, pas les mêmes indications. La première, la cystotomie, ayant pour but la suppression des fonctions vésicales ; la deuxième, ne devant se pratiquer que lorsque le canal de l'urèthre est infranchissable par une sonde. M. Pousson donne de plus sa statistique. Il a fait six fois la cystotomie, quatre fois pour des cystites douloureuses, deux fois pour des hématuries et n'a ouvert qu'une fois un méat sus-pubien chez un homme atteint de fistule périnéo-scrotale.

M. Tuffier prend alors la parole en limitant bien la question à la *cystostomie chez les prostatiques*, et fait remarquer l'accord qui résulte de l'opinion émise par les différents orateurs. Dans les rétentions aiguës, elle n'est pas de mise. Dans les complications de la rétention, elle est légitimée par la présence des douleurs et quelquefois même par des hémorrhagies qui menacent la vie du malade.

Dans les infections aiguës, la sonde à demeure devra d'abord être appliquée ; mais elle peut ne pas être suffisante en face de l'énorme gravité des accidents ; dans ces cas, on pourra avoir recours à la cystostomie.

Dans les infections chroniques, quand l'état du malade devient de plus en plus inquiétant, elle pourra encore permettre de conjurer le danger en permettant un drainage plus parfait du réservoir vésical.

En terminant, M. Tuffier dit que chez deux malades il s'est bien trouvé des injections au fluorure de sodium à 4, 3, 2 millièmes. Ce corps aurait la propriété de dissoudre les glaires compactes qui encombrent la vessie dans certains cas.

M. Bazy ajoute quelques réflexions. Dans les infections aiguës, la cystostomie ne lui a pas donné de succès ; mais il est probable que dans ces cas la sonde à demeure seule n'eût pas mieux réussi. Il ne faut pas cependant oublier que la cystostomie est une opération et que c'est l'opération elle-même qui tue les malades affaiblis. Dans les infections chroniques, il est tout disposé à faire la cystostomie, mais les exemples à suivre sont peu encourageants. Enfin, il ne faut pas mettre, malgré l'avis de M. Routier, la diminution du volume de la prostate sur le compte de l'ouverture vésicale. On observe cette diminution de la glande toutes les fois que les accidents ont été conjurés. M. Bazy n'a pas employé le fluorure de sodium, mais s'est très bien trouvé, dans les cas où la vessie était très difficile à désinfecter, de l'écouvillonnage de cet organe.

C'est sur un cas de *diverticulum de Meckel* formant tumeur à l'ombilic, et opéré avec succès par M. Broca, que M. Kirmisson fait ensuite un rapport. Ces faits sont rares. On sait la pathogénie des fistules intestinales de l'ombilic qui ne seraient dues qu'à la section par la ligature du cordon d'un diverticulum de Meckel. M. Broca, chez un enfant de six mois, s'est trouvé en face d'une petite tumeur ouverte et communiquant avec l'intestin. Il l'a

réséqué, a pratiqué la suture muco-muqueuse et séro-séreuse sur la plaie intestinale et le petit malade a parfaitement guéri.

M. Kirmisson fait remarquer que c'est la méthode de choix, avis auquel s'associe M. le professeur Berger.

Signalons encore la présentation par M. Quénu, à propos du procès-verbal, d'un *bouton de Murphy* rendu par un malade aujourd'hui guéri d'une gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac ; ce qui vient à l'encontre des expériences de M. Chaput.

M. le secrétaire général a donné lecture d'une observation d'*hydronéphrose congénitale* chez un enfant de deux ans guéri par M. Martin (de Genève), par la néphrectomie.

Enfin, M. Berger a présenté un malade chez lequel il a fait une autoplastie italienne sur l'extrémité d'un moignon de jambe ulcéré. M. Verneuil, à ce propos, fait remarquer que la résection de l'os donne aussi de bons résultats. M. Berger est de cet avis et dernièrement encore il a pratiqué cette opération ; mais il est des cas, comme celui du malade qu'il présente, où on ne peut faire subir au membre le raccourcissement occasionné par la résection, sous peine de compromettre la flexion du genou, le bras de levier manquant pour actionner l'appareil.

Eugène Rochard.

CONGRÈS ETRANGERS

—

Nos lecteurs savent que nous avons eu, pour la première fois cette année, en France, un Congrès de médecine interne, qui s'est tenu à Lyon à la fin du mois dernier. La France s'était laissé devancer dans cette voie par les nations voisines. C'est ainsi que vient de se tenir à Vienne la 66e réunion des naturalistes et médecins allemands où ont été faites un certain nombre de communications intéressantes.

M. Boas est venu apporter les résultats de ses dernières recherches sur la *gastrite acide* caractérisée par une hyperacidité du contenu stomacal, la production d'un mucus abondant et enfin l'existence dans la sécrétion recueillie à jeun d'un grand nombre de cellules avec des noyaux multiples, ce qui indique une inflammation. Cliniquement la maladie s'accuse par des cardialgies intenses en plus des symptômes habituels de la néphrite chronique. M. Boas recommande comme traitement l'emploi de solutions assez fortes de nitrate d'argent ; il n'a eu que peu de résultats par le lavage.

On sait que les repas sont suivis d'une *leucocytose* assez marquée. D'après des constatations de M. Schneyer, elle manquerait dans tous les cas de cancer. Mais cette leucocytose peut manquer aussi chez des individus bien portants. Aussi son existence a-t-elle seule de l'importance en permettant d'affirmer qu'il n'y a pas de cancer.

Les rapports de la *maladie de Basedow avec la glande thyroïde* ont été étudiés par M. Eulenburg. D'après lui il y a alors à la fois modification qualitative et quantitative dans les sécrétions de la glande et ces sécrétions sont alors pathologiques pour l'organisme. Ce serait les modifications du sang, la congestion artérielle qui entraîneraient les altérations du corps thyroïde modifiant les sécrétions. Pour M Burchau, il y a un goitre exophtalmique qui est une névrose fonctionnelle et est distinct de la maladie de Basedow vraie; le premier, qui peut seul guérir par l'intervention chirurgicale, dépend souvent d'une compression des pneumogastriques.

M. Bruns a donné la *glande thyroïde* crue de mouton et de veau dans des goitres parenchymateux simples sans complications. Il a obtenu de brillants résultats : 9 guérisons ou grandes améliorations contre 3 échecs.

Dans un des cas il y eut des phénomènes d'empoisonnement, surélévation du pouls, perte d'appétit, amaigrissement, chez un homme de 40 ans qui avait pris 46 gr. de glande en 15 jours. La dose convenable est de 10 gr. par semaine chez les adultes et de 5 gr. chez les enfants. L'amaigrissement est fréquent à la suite du traitement.

M. Heubner, a observé chez des enfants, dans un certain nombre de cas, une *arythmie cardiaque* indépendante de lésions valvulaires. Il l'a vue se produire dans un certain nombre de maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, pneumonie, fièvre typhoïde, dans l'anémie, l'inanition, dans des troubles digestifs indépendants de l'auto-intoxication, dans un empoisonnement par l'atropine et un par l'opium.

M. Pisner s'est occupé de rechercher l'*étiologie des cystites* qui se développent chez les prostatiques, de la pyélite des calculeux. Il est probable qu'il s'agit dans ces cas d'infections par le coli bacille, car chez des lapins dont on lie l'urètre et on bouche l'anus, les coli bacilles passent rapidement dans l'urine et on trouve le même microorganisme dans le sang, le suc du foie, etc.

— Un Congrès international d'ophtalmologie qui a, du reste, passé un peu inaperçu, s'est tenu le mois dernier à Edimbourg.

Quelques-unes des communications qui y ont été faites intéressent la médecine générale.

M. A. Bronner a pu améliorer des *lymphômes malins* des paupières, récidivés, par l'emploi de la liqueur de Fowler, 15 gouttes par jour, associée a 5 gouttes de laudanum de Sydenham ; il y avait en même temps une tumeur de la glande sous-maxillaire et une de la moitié droite du voile du palais. Toutes les masses sarcomateuses diminuaient de volume sous l'influence du traitement, pour augmenter dès que l'on cessait ce dernier.

M. Chevallereau a, chez deux tabétiques atteints de paralysie du moteur oculaire commun, sectionné le muscle droit externe afin de ramener l'œil sur la ligne médiane Cette opération fit disparaître la paralysie du moteur oculaire et la guérison persiste.

M. Morrache a étudié un cas curieux de *névrite optique* d'origine reflexe amygdalienne. Une jeune fille atteinte d'hypertrophie des amygdales à la suite d'amygdalite aiguë, fut atteinte de cécité. L'ablation des amygdales fut suivie d'une guérison complète, et, pour l'auteur, la névrite optique, constatée à l'ophtalmoscope, dépendait d'une irritation réflexe partie de l'amygdale.

M. Vian a eu les plus heureux résultats dans la *diphtérie oculaire* en faisant toutes les deux heures des badigeonnages à l'huile brute de pétrole ; en cas d'opacités de la cornée, il faut recourir en même temps à la pommade a l'oxyde jaune.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances d'octobre 1894

Les bouffées de chaleur et les rougeurs morbides. — M. Féré différencie le phénomène émotif rougeur qui est un reflexe d'origine cérébrale et la bouffée de chaleur indépendante de tout phénomène de conscience dépendant d'une excitation viscérale de la digestion, par exemple, et qui est un reflexe spinal. La bouffée de chaleur peut-être unilatérale, se produire du côté d'une lésion. Une jeune fille que vient d'observer M. Féré, a à la fois des bouffées de chaleur et de la rougeur de la face,

Anatomie pathologique des fibromyomes utérins. — Pour MM. Pillet et Costes le fibromyome se développe autour des vaisseaux et par suite d'un accroissement exagéré des capillaires.

Les formations sarcomateuses sont fréquentes dans les fibromyomes de l'utérus (9 cas sur 14).

Leur développement débute toujours par les capillaires. Elles sont soit péricapillaires, soit endocapillaires.

Dans ce dernier cas elles oblitèrent souvent les vaisseaux. Cette oblitération provoquant l'arrêt de l'afflux sanguin dans un tissu jeune, actif, explique les nécroses des parties sarcomateuses et la formation des cavités kystiques. Les dégénérescences myxomateuses débutent par la paroi des vaisseaux qui disparaissent. Ceci explique la formation des cavités et des lacunes si fréquentes dans les fibromes.

La dégénérescence calcaire débute par le centre des lobules, c'est-à-dire par le capillaire, qui disparaît.

La dégénérescence fibroïde provient de l'oblitération plus ou moins complète des vaisseaux.

Forme hystérique de la maladie de Raynaud. — D'après M. Lévi il est certaine forme de maladie de Raynaud qui est purement hystérique. Elle est susceptible de naître et de réapparaître sous l'influence d'une vive émotion en idée fixe subconsciente, en série d'accès subintrants. Elle peut disparaître ou s'améliorer par l'hypnose, mais laisse après elle un système vasomoteur plus facilement excitable.

Le rhumatisme articulaire aigu se retrouve fréquemment dans les antécédents et peut servir de cause localisatrice pour les accidents hystériques.

Le début est brusque. Il y a coexistence de phénomènes urinaires : anurie et polyurie.

La gangrène est vraisemblablement possible dans cette forme.

Les cas où la maladie de Raynaud a été rapportée à l'hystérie et a été traitée par l'hypnose sont rares, mais les exemples d'asphyxie locale chez les hystériques ou causées par les émotions sont nombreux.

Il est certaine forme d'érythromélalgie qui est purement hystérique. Elle est en rapport avec une vive émotion ou une idée fixe subconsciente. On y retrouve le rhumatisme articulaire aigu, les phénomènes urinaires, le début brusque, la variation des phénomènes avec la pensée du malade. Elle guérit par l'hypnose, mais laisse un système vaso-moteur impressionnable par les émotions.

Les faits observés servent de contribution à l'étude des maladies par émotion. Ils s'ajoutent à la liste déjà longue des troubles vaso-moteurs de l'hystérie. Ils ne constituent pas d'ailleurs des maladies autonomes mais des complexes symptomatiques qui peuvent se transformer l'un dans l'autre et qui dans le cas présent sont issus de la même névrose, l'hystérie.

Pour les syndromes de Raynaud et de Weir Mitchel rattachés à l'hystérie, la théorie centrale doit être acceptée. Il est nécessaire pour le traitement des malades et le diagnostic étiologique du syndrome de pénétrer dans l'histoire psychologique des sujets

L'hypnose permet de préciser la cause immédiate de l'affection et de procurer la guérison.

Les effets de la balnéation chaude systématique des membres. — M. Leredde a recherché dans le service de M. Robin les effets de la balnéation chaude systématique des membres. On peut ainsi régler la circulation viscérale et agir sur les phénomènes congestifs surtout d'ordre cérébral ou cardiaque. L'effet général est la production du sommeil. L'inconvénient du bain chaud prolongé est la lipothymie et on ne doit pas l'employer chez les individus sujets aux syncopes.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Traitement de la pelade

Un grand nombre de traitements ont été préconisés contre la pelade et nous ne pouvons les énumérer ici ; ils se basent tous, du reste, sur l'irritation relativement modérée du cuir chevelu. Voici la pratique, pour les enfants, de M. Feulard et pour les adultes l'une de celles de M. Besnier.

1° Couper les cheveux de l'enfant aux ciseaux très ras et faire le soir une application sur toute la tête de la pommade suivante:

Vaseline	āā 15 grammes
Axonge fraîche . .	
Soufre précipité. .	3 —
Acide salicylique .	1 —

Le lendemain matin savonner avec le savon salicylé et frictionner partout avec une brosse douce imbibée de

Alcool	100 grammes
Teinture de romarin .	100 —
Sublimé.	0 30 cent.

Badigeonner une fois par semaine la place dénudée avec un pinceau imbibée de :

Essence de Witergreen	10 grammes
Ether	10 —

On n'oubliera pas que l'essence de Witergreen est d'un prix élevé et a une odeur très persistante.

2° M. Besnier fait d'abord raser le cuir chevelu, puis recommande de la laver tous les matins à l'eau de savon chaude. Dès que les cheveux sont suffisamment repoussés on enlève à la pince, autour des plaques, tous les poils peu adhérents.

Le ou les plaques, ou seulement quelques-unes d'entre elles s'il y en a trop, seront frictionnées avec :

Teinture d'iode. .	āā 10 grammes
Chloroforme . . .	

Ou :

Teinture de cantharides .	āā 10 grammes
Chloroforme	
Teinture de Baumé . . .	
Alcoolat de Fioraventi . .	

Dès que les poils follets apparaissent on les coupe deux fois par semaine et tout en continuant à savonner la tête ou frictionner avec :

Teinture de cantharides.	āā 10 à 30 grammes
— de noix vomique.	
Alcoolat de Fioraventi	100 grammes

Enfin, le soir, on fait des applications sur les plaques de la pommade suivante :

Huile de bouleau blanc.	10 grammes
Soufre.	1 à 4 —
Tarbith minéral. . . .	
Vaseline	90 —

BIBLIOTHÈQUE

—

Chirurgie de Maître Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, roi de France, composée de 1306 à 1320 ; traduction française avec des notes, une introduction et une biographie, publiée sous les auspices du ministère de l'instruction publique, par E. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec, etc., avec la collaboration du docteur Saint-Lager et de F. Chavannes. — Félix Alcan, éditeur.

La Chirurgie de Henri de Mondeville est un livre nouveau, quoiqu'il ait été écrit il y a six cents ans ; en effet, non seulement il n'a jamais été imprimé, mais son existence même était inconnue. Une édition latine parut à Berlin en 1892 ; enfin M. Nicaise publie une traduction française.

Ce livre est le premier traité écrit par un chirurgien français, et ce chirurgien était un précurseur, car il aborde franchement les grands problèmes du traitement des plaies et soutient déjà les principes de l'antisepsie. Il traite des généralités de la pathologie, ce qui n'avait pas encore été fait, et donne le plan complet d'un traité didactique, plan qui a été adopté par Guy de Chauliac et ses successeurs. Cet ouvrage appartient aux origines de la chirurgie française.

Mondeville traite des questions délicates, des rapports réciproques des médecins, des chirurgiens et des malades. Mondeville est un lettré, plein d'humour et d'originalité.

M. Nicaise donne non seulement une traduction du texte latin, mais il complète et rectifie par des notes nombreuses l'édition latine de 1892, d'après les précieux manuscrits que notre Bibliothèque nationale est seule à posséder.

La chirurgie de Mondeville comprend quatre traités : sur l'anatomie, sur les plaies, les apostèmes ou tumeurs, les maladies diverses, la matière médicale ou antidotaire.

M. Nicaise, outre les notes qui accompagnent le texte, a écrit une introduction de près de cent pages, dans laquelle il fait l'histoire de la chirurgie et des chirurgiens au moyen âge, d'après des documents dont les principaux sont reproduits comme pièces justificatives ; puis il expose les origines de la chirurgie française et donne une biographie d'Henri de Mondeville, dont le portrait fait en 1314, de son vivant, est mis en tête de l'ouvrage.

COURRIER

—

Hôpitaux de Paris. — Les jurys des deux concours pour la médaille d'or sont ainsi composés :

Médecine : MM. Danlos, Thibierge, Hip, Martin, Gilbert, Tillaux.

Chirurgie : Gérard Marchant, Marchand, Guyon, Troisier, Doleris.

Les candidats à l'internat ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Voies biliaires intra et extra-hépatiques. — Symptômes et complications de la lithiase biliaire. »

Questions restées dans l'urne : « Testicule. Orchites infectieuses. — Veine-porte. Complications du diabète. »

L'Académie des sciences morales et politiques a, sur le rapport de M. Emile Levasseur, décerné le prix Audiffred, d'une valeur de 12,000 francs, à M le docteur Roux, pour son dévouement à la science.

— Bordeaux, Bruxelles et Montpellier vont créer un laboratoire chargé de préparer le sérum antidiphtérique suivant la méthode du docteur Roux.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Lavergne est institué chef de clinique obstétricale.

M. le docteur Poujol est institué chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par les quatorze nominations suivantes :

MM. Cornet, Bernay, Jacquean, *ex æquo* ; Gourdiat et Berthaud, *ex æquo* ; Etiévant Burdet, Thévenot, Gallois, Nodet et Vieillard-Baron, *ex æquo* ; Dreyfus et Durot, *ex æquo*; Bernoud.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le docteur Félix Lagrange, agrégé, est chargé du service d'ophtalmologie à l'hôpital des Enfants.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 octobre 1894, deux concours s'ouvriront le 21 avril 1895, devant l'Ecole de médecine de Nantes, pour les emplois de chefs de travaux de physique et d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Caen. — M. Catois est nommé professeur d'histologie.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Planchard, suppléant, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Berger est nommé directeur honoraire.

M. Bordier est nommé directeur de l'Ecole.

M. Labatut, suppléant, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Leudet est nommé professeur d'histologie.

Faculté de Bordeaux. — Deux concours s'ouvriront le 28 avril 1895. devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour les emplois de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, de pathologie et clinique chirurgicale et obstétricale, à l'École de médecine de Poitiers.

Faculté de Nancy. — Un concours s'ouvrira le 28 avril 1895, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'École de médecine de Besançon.

— M. Voinot est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique.

— *Ecole pratique des Hautes-Etudes.* — M. le professeur Filhol est nommé directeur du laboratoire d'anatomie comparée.

M. Beauregard est nommé sous-directeur dudit laboratoire.

Assurance maladie. — L'Association médicale mutuelle du département de la Seine (fondée par Gallet-Lagoguey), qui compte actuellement 320 membres, est, en réalité, une assurance entre médecins en cas de maladie.

Moyennant une cotisation *mensuelle* de 10 francs, elle assure, en cas d'incapacité professionnelle temporaire ou permanente, à tout participant, docteur ou médecin, quelle que soit sa situation de fortune, le *droit absolu* à une indemnité *quotidienne* de 10 francs.

En outre de cette indemnité-maladie, elle alloue aux héritiers directs, au moment du décès de l'associé participant, une indemnité équivalente à la part proportionnelle des bénéfices réalisés.

L'Administration est invitée à transformer l'hôpital Herold en hôpital-dispensaire d'enfants. Les baraquements en bois actuels seront maintenus et utilisés. L'installation existante sera complétée par l'adjonction d'un dispensaire, d'une salle de consultations, de pavillons d'isolement (un pour les diphtériques, un pour les coquelucheux, un pour les douteux), d'un bâtiment pour les services, généraux, de dortoirs, etc.

Exercice illégal de la médecine. — L'*Année médicale de Caen*, rapporte la condamna-

tion devant le tribunal de Lisieux d'un bandagiste par profession et guérisseur par vocation de la maladie du siècle.

« Le 19 mars dernier, le sieur A .., bandagiste à Caen fut condamné en police correctionnelle à Lisieux, en 2 mois d'emprisonnement et 100 francs d'amende, pour blessures par imprudence : par l'application intempestive et répétée d'un pessaire, il avait occasionné à une dame B. ., à l'Hôtellerie, une lésion interne, qui avait pu hâter la mort de cette dame, déjà atteinte d'un cancer de l'utérus. Les héritiers B... obtenaient 1,200 francs de dommages-intérêts.

« En apprenant l'issue du procès, la dame C..., à Moyaux, blessée de la même façon par le sieur A..., lui demanda une réparation pécuniaire à fixer à l'amiable, sous peine d'une action en justice.

« Il paraît qu'on ne s'entendit pas ; pourtant, il s'agissait alors de quelques centaines de francs et, aujourd'hui, les époux C... demandent 8,000 francs de dommages-intérêts.

« La dame C... se faisait soigner par A... depuis deux ans, et jusqu'au mois de mai 1893, elle se louait du traitement. C'est à cette époque que se manifesta l'accident dû à l'application intempestive du pessaire.

« La dame C..., atteinte d'une maladie grave, eut recours aux plus habiles chirurgiens de Caen ; elle n'obtint pas de résultat. C'est alors qu'entendant parler de l'affaire B..., elle résolut de se faire donner des dommages-intérêts.

« M. le docteur Loynel, désigné comme expert, déclare formellement que la blessure de la femme C... ne reconnaît pas d'autre auteur que l'application de l'appareil d'A... La blessure peut être guérie, mais au prix d'une grande résignation et d'opérations chirurgicales douloureuses, répétées et coûteuses.

« Comme dans la dernière affaire, la défense produit une foule de témoins, toutes femmes qui ont suivi le traitement du bandagiste et qui lui *doivent la vie*, ce qui ne redonne pas la santé à la plaignante.

« A... est condamné en 2 mois et 100 francs (peine qui se confondra avec celle prononcée le 19 mars) et 15 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine.

« La partie civile obtient 4,000 francs de dommages-intérêts. »

Les procès contre l'exercice illégal ont donc leur utilité.

— Le Conseil municipal a décidé, sur le rapport de M. Caplain, que la rue Sainte-Marguerite (faubourg Saint-Antoine) prendrait le nom de rue Trousseau ; que la rue des Sous-Vaillants, dans le XIIIe arrondissement, s'appellerait rue Charcot, et que le nom d'Ulysse Trélat serait donné à une nouvelle rue ouverte entre la rue de Tolbiac et la rue du Chevaleret.

— Le Conseil municipal de Paris vient de décider qu'une réception sera faite à MM. Pasteur et Roux à l'Hôtel de Ville, et qu'une médaille d'or sera décernée à M. le docteur Roux. au nom de la ville de Paris,

Nécrologie. — MM. les docteurs Beaumevielle (de Rivière) ; Eon, médecin-chef de l'hôpital militaire de Gafsa-Gengibre (de Montpellier) ; Venet, médecin en chef adjoint de la préfecture de police ; Gilbert Billière (de Lasvaux), Brillet (de Janzé) et Rebory père (de Digne), A. Desmares (de Bayeux), Dumont-Porcelet (de Paris), H. Impens (de Schaerbeek), Verchels (de Menin).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — II. Congrès français de médecine interne. — III. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux ; Société de biologie. — IV. Bibliothèque. — V. Courrier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Les laboratoires de bactériologie et le sérum antidiphtérique. — Propriétés antiseptiques des vapeurs de formol. — Les terrains d'épandage de la Ville de Paris. — Transformation de l'hôpital Hérold en hôpital-dispensaire d'enfants.

L'efficacité du traitement de la diphtérie par les injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique ne fait plus de doutes pour personne ; il ne s'agit plus que d'en répandre les bienfaits en France et à l'étranger On s'en occupe partout. L'Institut Pasteur, avons-nous dit, sera en mesure, à partir du 1er janvier prochain, de fournir la quantité de sérum nécessaire pour faire face à tous les besoins. D'ici là, il a peine à suffire aux exigences des deux hôpitaux d'enfants. C'est chose cruelle pour les médecins dévoués de cet établissement que de se voir contraints de répondre par un refus aux demandes des familles. La diphtérie leur laisse heureusement du répit. Grâce à la douceur exceptionnelle de la température, elle sévit avec beaucoup moins d'intensité qu'elle ne le fait d'habitude à cette époque de l'année.

Pendant le mois d'octobre, elle n'a causé que 24 décès au lieu de 76. Ce dernier chiffre représente la moyenne des victimes de la diphtérie pendant le même mois, dans les années précédentes. Il faut espérer qu'elle conservera le même degré de bénignité pendant les six semaines qui nous séparent encore du moment où l'Institut Pasteur pourra satisfaire à toutes les demandes. A cette époque, on en fera des dépôts dans les bureaux d'hygiène des villes et ces bureaux, qui recevront un approvisionnement direct et maintenu constamment au complet, délivreront des tubes à tous les médecins qui en feront la demande.

L'Institut ne fondera pas de succursales en province, du moins pour le moment. La préparation du vaccin est trop délicate et demande trop de soin pour qu'on puisse d'ores et déjà la confier à d'autres mains que celles qui s'en acquittent aujourd'hui ; mais, s'il est permis de centraliser la préparation du vaccin, il n'en est pas de même du diagnostic de la diphtérie. Il n'est possible que sur place et la méthode de traitement de M. Roux aura pour effet, il faut l'espérer, de faire ouvrir dans toutes les villes de quelque importance des laboratoires de bactériologie comme ceux dont nous avons parlé dans notre dernière chronique (1). Une pareille création ne serait pas seulement utile pour rechercher le bacille de Loëffler ; mais elle rendrait les plus grands services aux études bactériologiques dont l'importance s'accroît chaque jour et qui ne sont encore accessibles qu'à un petit nombre de privilégiés. Il est évident que la fondation d'établissements de ce genre s'impose dans toutes les écoles de médecine.

On ne s'est pas encore occupé, que je sache, des demandes de vaccin antidiphtérique qui pourront venir de l'étranger. J'ai dit que le gouverne-

(1) *Union médicale* du 30 octobre 1894, n° 50, p. 592.

ment italien avait autorisé, dans la Péninsule, l'emploi de sérum venant de l'Institut Pasteur, ainsi que de celui qui se prépare dans les laboratoires de Behring et d'Erlich. La Belgique s'apprête également à nous demander de lui en fournir. La Société médicale chirurgicale de Liège en a manifesté le désir dans une lettre qu'elle a adressée, le 10 octobre dernier, au ministre de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics, et qui a été reproduite *in extenso* dans la *Tribune médicale* du 1er novembre.

Le secrétaire de la Société, le docteur Leplat, fait ressortir dans cette lettre la difficulté de la préparation du sérum, le danger de la confier à des mains inexpérimentées et l'impossibilité de se fier, pour cela, à l'industrie. Il demande au ministre, au nom de la Société, de s'entendre avec l'Institut Pasteur pour la fourniture des tubes de sérum préparés sous la direction de M. Roux. Ces tubes seraient confiés aux universités et aux administrations hospitalières qui les livreraient aux médecins sur leur demande. C'est la marche qui a été suivie lorsque M. Pasteur fit la découverte de l'inoculation préventive du charbon. Depuis cet époque, l'Institut fournit du vaccin anticharbonneux à tous les vétérinaires et il n'y a pas de raison pour qu'il ne puisse pas faire de même pour le sérum antidiphtérique. Si, comme cela paraît probable, d'autres pays s'adressent à nous dans le même but, il est évident que les 140 chevaux n'y suffiront pas et qu'il faudra développer encore les ressources de l'Institut, mais c'est là une question secondaire.

— L'attention de l'Académie des sciences a été récemment appelée sur un nouveau désinfectant par une note de M. A. Taillat, intitulée : *Propriétés antiseptiques des vapeurs de formol ou aldéhyde formique* (1). Dans ses premières recherches, qui remontent à 1891 et qui avaient été faites en collaboration avec le docteur Berlios, il avait constaté l'action microbicide du formol sur les bacilles salivaires, sur ceux de la décomposition, sur le *bacillus anthracis*, sur celui d'Eberth, sur le coli bacille, etc. S'appuyant sur ces expériences, il avait proposé de désinfecter les locaux contaminés en y suspendant du linge imbibés d'une faible solution de formol.

Ce procédé très simple avait un inconvénient dans la pratique, c'était la difficulté de se procurer le formol; il l'a tournée en faisant usage de l'appareil même qui sert à la préparation de ce produit et dont il réduit les dimensions. Ainsi modifié, il a la forme d'un pulvérisateur, et peut transformer, par jour, 5 kilogrammes d'alcool méthylique en vapeurs de formol. Le rendement est environ du quart d'alcool consommé. Les vapeurs pénètrent les étoffes et même le bois ; elles détruisent les microbes dont on les a préalablement imprégnés. Elles n'altèrent que certaines étoffes très sensibles et n'attaquent pas les métaux. Leur odeur n'est pas persistante et ne résiste pas à un courant d'air. Pour la dissiper rapidement, il suffit d'exposer, dans la pièce où on opère, un vase rempli d'ammoniaque.

Les propriétés antiseptiques du formol ont été l'objet d'une discussion au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine à la séance du 26 octobre. M. Dujardin-Beaumetz a entretenu le Conseil des recherches que poursuivent, en ce moment, MM. Dubief et Thoinot sur la destruction, à l'aide de l'aldehyde formique, des germes charbonneux que renferment certaines peaux de provenance exotique. Une commission nommée par le préfet de

(1) Compte rendu de l'Académie des sciences, séance du 1er octobre 1894.

la Seine se livre également, à des expériences sur l'application de ce produit aux pratiques de désinfection mises en usage par le service de l'assainissement de Paris. Elle obtient l'aldéhyde formique en brûlant de l'alcool méthylique dans des lampes à mousse de platine. Ces vapeurs sont très pénétrantes, mais il faut de 4 à 6 heures pour que la destruction des germes soit complète. De pareils délais sont incompatibles avec la nécessité d'agir vite, laquelle s'impose quand il s'agit de désinfecter des locaux habités.

Les vapeurs de formol ont, de plus, l'inconvénient, comme l'a fait observer M. Armand Gauthier, d'être parfois mélangées d'oxyde de carbone quand on suit pour la dégager le procédé indiqué par M. Dujardin-Beaumetz.

Cet inconvénient a été reconnu et MM. Brochet et Combier étudient en ce moment, au laboratoire de l'Ecole municipale de physique et de chimie, l'emploi d'une lampe spéciale qui permettra de produire des vapeurs d'aldehyde formique sans dégager d'oxyde de carbone.

— Depuis que la ville de Paris a obtenu des Chambres l'autorisation de contracter son emprunt de 117 millions, elle poursuit avec la plus louable activité, l'œuvre de son assainissement. Elle s'occupe surtout, en ce moment, d'augmenter la surface des champs d'épandage dont elle dispose pour ses eaux d'égout, et de mettre en œuvre les terrains d'Achères qui lui ont été concédés. Le syphon à la faveur duquel elles doivent traverser la Seine est posé et tout le monde peut voir, chaque jour, passer sur les quais, d'énormes tuyaux de conduite en tôle boulonnée qui se rendent à leur destination. Enfin, le conseil municipal désireux d'accroître la surface des terrains d'Achères, vient, sur la proposition de la 6e commission et après avoir entendu le rapport de M. Arsène Lopin, d'autoriser le préfet de la Seine à acheter, pour le compte de la Ville de Paris, les terrains des Hautes-Plaines, des Ponceaux et du Grésillon formant ensemble une surface de 305 hectares, au prix de 1,170,000 francs (1).

Ces terrains joints aux 800 hectares d'Achères, aux 776 hectares de Gennevilliers formeront déjà un total de 1,900 hectares qui, à raison de 40,000 mètres cubes par an, permettront d'épurer chaque année 76,000,000 de mètres cubes d'eau d'égout, soit 208,220 mètres cubes par jour, ce qui se rapproche déjà beaucoup des 260,000 dont la ville doit se débarrasser aujourd'hui.

— La ville de Paris vient de prendre une autre décision qui nous intéresse également. Le Conseil municipal, dans sa séance du 5 novembre, a décidé que l'hôpital Hérold serait transformé en hôpital dispensaire d'enfants. On connaît l'origine de l'établissement auquel il s'agit de donner cette destination nouvelle. Lors de la dernière épidémie de choléra, on construisit, sur la place du Danube (19e arrondissement), des baraquements pour recevoir les malades; mais les habitants de ces quartiers protestèrent, on fit droit à leurs réclamations et l'administration de l'Assistance publique pour utiliser ces bâtiments en fit un hôpital de réserve de 100 lits.

Les deux baraques qui constituent ce petit établissement, sont très soigneusement construites ; elles sont situées sur un plateau élevé, très aéré et très salubre, au milieu d'un vaste terrain enclos de murs ; mais cet hôpital est beaucoup trop éloigné du Bureau central pour rendre des services

(1) *Bulletin municipal officiel* du 6 novembre 1894,

sérieux. Le trajet de l'Hôtel-Dieu à la place du Danube, au delà des Buttes-Chaumont, est très pénible pour les malades qui n'y arrivent que le lendemain.

Le transport des malades est insuffisammet organisé. L'hôpital Hérold ne rend aucun service aux quartiers adjacents dans lesquels les indigents sont très nombreux. Il n'y a pas de consultation externe et les malades du voisinage sont obligés d'aller chercher un billet d'admission au bureau central, pour revenir ensuite place du Danube.

Transformé en hôpital dispensaire d'enfants, il sera au contraire très utile dans ce quartier déshérité. Trousseau et l'Hôpital des Enfants ne suffisaient plus aux besoins de la population et, il est indispensable d'augmenter les lits dont on dispose pour les petits malades au moment où la médecine infantile vient de faire un si remarquable progrès.

Tels sont les arguments qu'a développés M. Breuillé, au nom de la cinquième commission, dans le rapport quelle avait été chargé de faire sur la proposition de M. Picau. Le conseil municipal a adopté ses conclusions et il a invité l'administration à procéder immédiatement à la transformation demandée,

« Les baraquements en bois actuels seront maintenus et utilisés. L'installation existante sera complétée par l'adjonction d'un dispensaire, d'une « salle de consultation, de pavillons d'isolement (un pour les diphteritiques, « un pour les coquelucheux, un pour les douteux), d'un bâtiment pour les « services généraux, de dortoirs pour le personnel infirmier, d'un pavillon « pour le directeur, d'une étuve à désinfection, d'un service de bains et de « dépendances comprenant une cave, un amphithéâtre, un laboratoire et un « service de morts » (1).

Cette transformation est une très heureuse idée. Depuis longtemps le conseil municipal se préoccupait de la nécessité de créer de petits hôpitaux d'enfants sur différents points de la ville, et il faut espérer qu'il ne s'arrêtera pas dans cette voie.

Jules ROCHARD.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (2)

—

Des aphasies

M. le professeur PITRES a étudié, dans un rapport très documenté, l'agraphie et l'aphasie sous-corticale.

L'agraphie est l'aphasie de la main, ainsi que l'a dit Charcot. Cliniquement, agraphie et aphasie marchent habituellement de pair. Cependant Marie avait, dès 1856, essayé de montrer que l'alliance des troubles de la parole et de l'écriture n'est pas nécessaire. C'est l'opinion actuellement admise et, pour M. Pitres, il y a lieu de penser qu'il existe, chez les adultes habitués à se servir de la plume pour exprimer leur pensée, un centre cortical spécialisé, dans lequel se conservent les images motrices graphiques et qui assure l'exécution de l'écriture courante. Ce centre est vraisemblablement situé dans le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche. Sa destruction isolée produit l'agraphie motrice pure. En clinique, l'agraphie motrice est fréquemment associée à l'aphasie motrice. Cela s'explique par le voisinage des deux centres corticaux de la pa-

(1) *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris*, n° du 6 novembre 1894.

(2) Voir Union médicale du 7 Novembre 1894.

role (3e circonvolution frontale) et de l'écriture (2e circonvolution frontale). Mais la coexistence de ces deux symptômes n'est pas nécessaire. Quand le centre de Broca est seul atteint, il y a de l'aphasie motrice pure, sans agraphie; quand le centre du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche (centre d'Exner-Charcot) est seul altéré, il y a de l'agraphie motrice pure sans aphasie. Il existe des agraphies sensorielles, tout comme il existe des aphasies sensorielles. Les agraphies de cette espèce sont sous la dépendance des lésions de la région du pli courbe (centre des images visuelles des mots) et sont associées à des symptômes plus ou moins marqués de cécité verbale (Déjerine). Dans les agraphies sensorielles, la faculté d'écrire est atteinte et abolie dans toutes ses modalités (écriture spontanée, sous dictée et d'après modèle), aussi bien pour la main gauche que pour la droite. Dans l'agraphie motrice pure, la faculté de copier est habituellement conservée, bien que les écritures spontanées et sous dictée soient perdues. De plus, les malades peuvent encore écrire de la main gauche.

L'aphasie sous-corticale est un syndrôme clinique différant de l'aphasie motrice vulgaire par la conservation intégrale de la notion idéale et de l'image phonétique motrice des mots, et par un trouble de l'articulation ayant pour effet de rendre la parole bredouillée, indistincte, parfois même tout à fait inintelligible.

Pour s'assurer de la conservation de l'image phonétique des mots, on se sert d'une expérience imaginée par Proust, vulgarisée par Lichteim, donnée théoriquement par Wernicke comme un élément de diagnostic différentiel entre les aphasies motrices corticales et sous-corticales, et appliquée par Déjerine à ce diagnostic. Cette expérience, qui consiste à faire indiquer par le malade, à l'aide de gestes ou de pressions des mains, combien il y a de syllabes ou de lettres dans le nom d'un objet à lui connu qu'on place sous ses yeux, paraît prêter à de graves causes d'erreurs. Elle n'a cependant pas encore été suffisamment étudiée pour qu'on soit en mesure de fixer d'ores et déjà sa véritable valeur séméiologique.

Les cas cliniques présentant la symptomatologie attribuée à l'aphasie sous-corticale sont loin d'être rares. Ils coïncident avec des lésions de la partie moyenne de la capsule interne ou tout au moins de la région capsulaire. Aucune observation ne démontre que les lésions centres ovalaires siégeant dans la portion éloignée du cone de substance blanche sous-jacent à la circonvolution de Broca, puissent déterminer le syndrome aphasie sous-corticale, même quand la lésion épargne complètement la substance grise. Les lésions de ce genre donnent lieu à l'aphasie motrice vulgaire, corticale.

Au point de vue nosographique, l'aphasie dite sous-corticale, dont les symptômes positifs, sont, en somme, uniquement représentés par les troubles dysarthriques ou anarthriquee, doit être détachée du groupe des aphasies vraies pour être rapprochée de celui des paralysies pseudo-bulbaires.

En réalité, les lésions de la partie moyenne de la capsule interne ne donnent pas plus lieu à de l'aphasie véritable que celles de sa partie postérieure à de la cécité verbale ou de la surdité verbale. Les premiers provoquent des phénomènes purement moteurs (anarthrie ou dysarthrie, hémiplégie); les seconds des phénomènes purement sensitifs (hémianesthésie). Cela provient vraisemblablement de ce que les centres spécialisés du langage n'ont pas de fibres propres les reliant directement aux centres d'exécution bulbo-médullaire. Ils empruntent, pour leurs communications avec la périphérie, le concours des centres moteurs et sensitifs communs, lesquels, étant seuls représentés dans la capsule interne par des fibres de projection directe, sont seuls atteints par les lésions de la région capsulaire.

M. le professeur Bernheim a fait un deuxième rapport sur les aphasies. Il admet que la seule localisation anatomique bien démontrée pour l'aphasie est celle du pied de la

troisième circonvolution frontale gauche, dont la destruction produit l'aphasie motrice Ce fait n'explique pas que cette région soit le centre des images motrices d'articulation. Elle peut n'être qu'un lieu de passage pour les fibres nerveuses qui transportent l'image acoustique du mot aux noyaux bulbaires des nerfs qui réalisent la paroie articulée.

La localisation de l'agraphie au pied de la deuxième circonvolution frontale gauche n'est pas suffisamment démontrée.

La première circonvolution temporale peut n'être qu'un lieu de passage pour les impressions allant du centre auditif aux centres de l'idéation ; elle joue un rôle dans le mécanisme de l'évocation des images acoustiques ; mais elle ne représente pas un centre; sa destrucion totale ne supprime pas ces images.

Le lobule pariétal inférieur, avec le pli courbe et le lobe occipital, peuvent être des lieux de passage pour les impressions allant du centre visuel aux centres de l'idéation. Ces régions ne représentent pas un centre.

L'existence des centres affectés aux mémoires sensorielles à côté des centres sensoriels, ou plus loin dans la sphère psychique, n'est pas démontrée. Il n'est pas nécessaire pour l'explication des faits que les souvenirs sensoriels et autres soient localisés comme des empreintes dans certains groupes de cellules. La spécificité de chaque représentation mentale peut-être due, non à une localisation cellulaire, mais à une spécialité de l'impression qui l'a créée. Les mêmes cellules cérébrales pourraient donner lieu à des perceptions sensorielles, visuelles, auditives, gustatives et autres, variables suivant chaque impression particulière qui s'y répercute et leur imprime une modalité moléculaire spécifique.

A côté des symptômes aphasie motrice, agraphie motrice, cécité et surdité des mots, il faut conserver l'aphasie amnésique et l'agraphie amnésique, dues, non à la perte de l'image vocale ou graphique des mots, mais à la difficulté de les évoquer, Ces images existent, mais la volonté peut difficilement ou ne peut pas les réveiller.

La conductibilité joue le plus grand rôle dans le mécanisme des aphasies. L'idée ne conduit pas à l'image acoustique ou visuelle du mot : aphasie ou agraphie amnésique.— L'image accoustique du mot n'actionne plus les autres images souvenirs : surdité verbale. — L'image graphique et les images visuelles en général n'actionnent plus les autres images sensoriellss : cécité psychique. — La parole intérieure n'actionne plus les cellules motrices, phonétiques : aphasie motrice. Elle n'actionne plus les cellules motrices graphiques : agraphie motrice.

Les diverses voies de conductibilité peuvent être affectées organiquement, par lésion directe, ou dynamiquement, par lésions de voisinage, choc cérébral, affaiblissement fonctionnel sénile.

M. Brissaud fait remarquer que l'étude des paralysies pseudo-bulbaires montre bien que l'aphasie sous-corticale produite par les lésions des faisceaux de projection antérieurs n'est par une aphasie vraie, mais une variété d'anarthrie. Les paralysies pseudobulbaires dépendent des altérations destructives des fibres capsulaires antérieures, depuis la bulbe jusqu'à l'écorce. Les lésions centro-ovalaires bi-latérales donnent donc lieu, si les faisceaux d'Arnold renferment les fibres capsulaires antérieures sont intéressés, à des paralysies pseudo-bulbaires plus ou moins complète simulant l'aphasie. M. Brissaud regarde la faculté d'épeler comme étant purement motrice ; l'acte d'épeler est l'évolution d'une image motrice et non d'une image visuelle. On lit un mot au tableau beaucoup moins vite qu'on ne l'épèle de mémoire. L'acte d'épeler n'implique pas l'intégrité des centres de la mémoire verbale visuelle ; en épelant on n'extériorise pas une image sensorielle, et la faculté d'épeler est une faculté acquise exclusivement motrice.

M. Mouisset a rapporté un cas d'*aphasie pneumonique passagère* observé chez un

jeune homme de 25 ans ; l'aphasie motrice se produisit le septième jour de la maladie et ne dura que deux heures. L'hystérie, l'athérome pouvant être éliminés, il est probable qu'il s'agissait de troubles vaso-moteurs entraînant le rétrécissement de l'artère sylvienne et de ses branches ; ces troubles dépendaient de toxines microbiennes.

M. Dupré range parmi les *aphasies toxiques* celles qui se produisent dans le cours des auto-intoxications, aphasie urémique par exemple. Chez un enfant de 9 ans atteint d'anasarque consécutif à la scarlatine, M. Dupré a vu une aphasie motrice complète avec aphasie incomplète et parésie du membre supérieur droit se produire après une anurie de vingt-quatre heures ; les accidents durèrent deux jours et cédèrent après le rétablissement de la sécrétion urinaire. Une aphasie momentanée fut observée aussi chez un vieillard atteint d'atrophie rénale et présentant un accès d'urémie. L'aphasie urémique est passagère, intermittente, variable et bénigne.

M. Beugé a insisté sur la nécessité de dissocier le centre classique de la parole. Ce dernier ne répond qu'à l'articulation des mots proprement dite. Or, la parole exige encore pour se produire un courant rythmé et méthodique produit par les organes respiratoires et la modulation de la voix par le larynx. Il y a donc un centre laryngé et un centre dirigeant le fonctionnement des organes respiratoires en tant que participant à la production de la voix. Du reste, il se produit cliniquement des aphasies dissociées dans lesquelles l'aphasique conserve, par exemple, l'intonation et le rythme de la parole tout en ne pouvant articuler les mots ; d'autre part, comme dans l'aphasie hystérique, le trouble peut ne porter que sur l'intonation. Enfin, lorsque le malade n'a conservé que le rythme du mot, M. Beugé n'admet pas une lésion sous-corticale respectant le centre de Broca et empêchant l'extériorisation de l'usage motrice verbale, mais une lésion d'un centre spécial.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre. — Présidence de M. Ferrand

Sans vouloir rouvrir la discussion sur les érythèmes scarlatiniformes, M. Siredey en communique deux nouveaux cas au nom de M. Ausset, médecin aide-major à Limoges. Dans le premier cas, l'érythème avait succédé à des frictions d'onguent napolitain, pratiquées contre la phtiriase pubienne. Dans le second, il s'agissait d'un bébé allaité par sa mère. Après un examen approfondi, M. Ausset découvrit que la mère se lavait soigneusement les seins, après chaque tétée, avec une solution de sublimé au 1/2000e. Il s'agissait donc ici aussi d'un érythème hydrargyrique, dont l'étiologie, assez rare, mérite d'être signalée.

M. Lemonnié (Val-de-Grâce) prend ensuite la parole pour communiquer un fait d'**obstruction intestinale sans vomissements fécaloïdes**, fait qui présente, par conséquent, de grandes analogies avec celui que M. Catrin a rapporté dans une précédente séance, et qui offre, en outre, des particularités intéressantes. Il s'agit d'un homme de 22 ans, souffrant depuis longtemps déjà de troubles digestifs vagues, qui fut pris brusquement, pendant une course à cheval, de douleurs épigastriques violentes auxquelles succédèrent des signes d'obstruction intestinale incomplète. Ceux-ci disparurent sous l'influence de purgatifs. Cependant l'état du malade n'était pas normal : il avait un peu de fièvre, de malaise, il toussait. Neuf jours après son entrée à l'hôpital, en même temps que reparaissaient les phénomènes d'occlusion intestinale, le malade se plaignait d'un point de côté violent ; on constatait l'existence d'une pleurésie diaphragmatique et d'un foyer de broncho-pneumonie à la base gauche. Le ballonnement du ventre, d'abord

localisé aux hypochondres, se localisa. Toutefois l'obstruction n'était pas complète, puisqu'il y avait encore émission de gaz. A aucun moment il n'y eut de vomissements fécaloïdes. L'état s'aggrava rapidement, et le malade mourut avec une température très élevée (40° à 41°). Deux jours avant la mort, une ponction pratiquée au niveau du foyer de broncho-pneumonie avait permis de reconnaître, par l'examen bactériologique, que celle-ci était due au bacterium coli.

A l'autopsie, on trouva un étranglement au niveau de la partie moyenne du côlon transverse et un autre etranglement sur le duodénum; ces étranglements étaient produits par des brides péritonéales ; les anses de l'intestin grêle n'étaient pas dilatées ; léger exsudat péritonéal. On constata, en outre, l'existence au-dessus du diaphragme d'une poche pleurétique contenant 1/4 de litre de liquide environ, et, à la base du poumon gauche, celle d'un foyer de broncho-pneumonie à la période de suppuration.

Comment s'est fait l'étranglement intestinal ? Parmi les anses et replis péritonéaux qui soutiennent les anses intestinales, et que Glénard étudia en 1888, il en est deux principaux, qui ont joué ici un rôle capital, ce sont : 1° le repli pylori-colique et 2° le repli duodéno-hépatique. Ce qui s'est produit, dans le cas que rapporte M. Lemonnié, c'est tout d'abord un étranglement incomplet de la partie moyenne du côlon par le repli sylori-colique; puis, consécutivement aux tractions opérées sur la région pylorique par la partie droite du côlon distendu, un étranglement du duodénum par le repli duodéno-hépatique. Et c'est sans doute à ce dernier étranglement qu'il faut attribuer l'absence de vomissements fécaloïdes.

Quant à l'envahissement du poumon par le coli-bacille, il n'a rien ici de surprenant. Les faits de Chantemesse et Widal, Sevestre, Lesage, Laruelle et Macaigne, Fischer et Levi, etc., ont établi la possibilité et la fréquence de cette complication, toutes les fois que la vitalité ou la virulence du micro-organisme sont exaltées par une cause quelconque (entérites, étranglements herniaires, etc.).

Après cette intéressante communication de M. Lemonnié, M. Ferrand présente un foie sur lequel on constate l'existence à la face inférieure du lobe droit d'un kyste hydatique volumineux. Ce kyste en se développant a comprimé le canal cholédoque ; la vésicule biliaire s'est alors distendue en même temps que se développait une cirichose hypertrophique. Enfin la vésicule s'est ouverte dans le kyste.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances d'octobre 1894

Pathogénie du diabète sucré.

M Kaufmann. — Les actions nerveuses à effets hyperglycémique agissent sur le foie qui est excité et sur le pancréas qui est inhibé. Lorsque l'on énerve le foie d'un chien, puis que l'on pique le bulbe. on obtient une glycémie et une glycosurie qui suivent leur marche ordinaire. Le système nerveux n'est donc pas nécessaire pour déterminer la glycosurie par action cérébrale. Il y a un espèce de schok qui inhibe le pancréas qui ne fonctionne plus pendant un certain temps. Du reste, on sait, en clinique, qu'un schok nerveux intense, psychique, détermine parfois un diabète transitoire. On pourrait donc dire qu'il n'y a qu'un seul diabète, le diabète pancréatique.

Structure du pancréas.

En étudiant le pancréas de suppliciés, M. Laguesse a constaté qu'il y a chez l'homme, au centre de l'acinus, une couche de cellules sécrétantes qui envoient des prolongements entre les cellules de la paroi. On trouve de plus de nombreux pseudo-follicules formés de cellules épithéliales avec un réseau capillaire sanguin; ce sont des acini modifiés redevenus pleins qui peuvent se transformer de nouveau en acini normaux. Ces pseudo-

follicules seraient les organes de la sécrétion interne et il y aurait deux glandes intriquées dans le pancréas, ces deux glandes ayant du reste le même substratum anatomique.

Envahissement de l'organisme par les microbes

D'après les recherches de MM. Achard et Phulpin, les infections organiques sont rares. L'envahissement cadavérique est précoce quand il reste pendant la vie un foyer de putridité, dans des lésions hémorrhagiques du cerveau et de la protubérance, surtout avec convulsions. Le staphylocoque blanc pénètre très rapidement dans les organes; la rate est d'abord atteinte, puis le foie, puis le cœur. D'autre fois, la pénétration des microbes est influencée par la température. Parfois, cependant, l'envahissement peut se faire du cœur au foie.

Mesure de l'effort musculaire.

M. Ch. Henry a constaté qu'un cycliste, au bout de deux heures, donne encore la moitié de l'effort initial maximum, et au bout de 110 heures, le dixième de cet effort.

Foie et alcoolisme.

Dans le delirium tremens, M. S. Cassaet a constaté que le foie peut être frappé, bien que rien n'indique une lésion de cet organe. En effet, dans un cas, il a vu l'urée tomber à 3 grammes par litre, l'urine se charger de sels biliaires et la glycosurie alimentaire exister pendant la durée des accidents aigus. Ce fait prouverait que le parenchyme est frappé par l'alcool avant le tissus conjonctif.

BIBLIOTHÈQUE

—

Dictionnaire des Altérations et Falsifications, septième édition (1er facicule), par le Dr L. Heret. — Chevallier et Beaudrimont.

Cet ouvrage si utile, dont la sixième édition remonte à 1882, était épuisé depuis trois ans. Les auteurs ayant disparu, la difficulté était de trouver un savant qui voulût bien se charger d'une nouvelle édition mise au courant des nombreux progrès accomplis de la science et aussi des nouveaux moyens de falsifications que de très habiles fraudeurs introduisent journellement dans la fabrication des matières alimentaires et pharmaceutiques.

Les intelligents éditeurs, MM. Asselin et Houzeau ont eu la main heureureuse en confiant la rédaction de la nouvelle édition à un savant consciencieux, le Dr Heret, pharmacien des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire de la pharmacologie à la faculté de médecine.

La première partie, où sont traitées les réactions caractéristiques des acides et des bases, à été sensiblement modifiée et complétée. Nous signalerons un chapitre très complet sur les caractères des principaux alcaloïdes et de quelques substances actives retirées des végétaux ; et l'introduction de cinq tableaux d'analyse : 1° détermination du métal d'un sel dissous dans l'eau ; 2° recherche des métaux dans un mélange de sels dissous ; 3° recherche des métaux dans un mélange de plusieurs sels dissous ; 4° détermination de l'acide d'un sel dissous dans l'eau ; 5° détermination des acides dans un mélange de plusieurs sels dissous. Ces tableaux seront d'une grande utilité aux praticiens.

Dans le premier fascicule qui va de A à EAU ; les nouveaux articles à signaler sont : acétate de zinc, falsification de l'acide pyroligneux, les procédés de titrage de l'acide phénique de Chaudelon, de Messinger et Vorteman et de Carré, alcoomètre légale, dosage volumétrique de l'alcool par le procédé de Bruno Rœse, analyse des alcools, alcool camphré ; falsification des amandes, procédé de Schoop, pour la recherche de la tolui-

dine et de la pseudotoluidine dans l'aniline; falsification des fleurs d'arnica par les capitules d'inulabritannica. Procédés pour reconnaître les nombreuses falsifications de l'axonge de provenance américaine ; altérations et falsifications du beurre, analyse optique du beurre, falsifications du bichlorure de méthylène de provenance anglaise ; nouveaux procédés pour l'analyse de la bière ; procédés pour la recherche du suif et de la glycérine dans la bougie ; analyse du bronze, analyse du café d'après Girard, essai méthodique du café, extraits concentrés de café ; articles des plus complets sur le caoutchouc, analyse de la chicorée torréfiée d'après les travaux de Pétermann. Il n'est plus question dans cette édition du réactif d'Yvon pour apprécier la pureté du chloroforme, ce réactif étant trompeur et des accidents s'étant produits à la suite de l'emploi du chloroforme titré d'Yvon comme à la suite de l'emploi de tout autre chloroforme : falsification du chocolat par le pain grillé reconnu au microscope ; procédé de dosage de la théobromine dans le chocolat : les nouvelles études sur la falsification du cidre, de Girard, Grignon, Rabot, Lechartier et Labiche.

Signalons encore une étude complète sur le cirage et ses falsifications d'après Hœlbling, sur la cire d'abeille ; l'analyse des confitures ; un tableau des matières colorantes interdites pour la coloration des bonbons et des jouets, un tableau d'analyse qualitative des couleurs organiques artificielles : les études de Barnouvin et Viron sur les altérations des eaux distillées aromatiques ; la falsification de l'eau de laurier-cerise par l'essence de Mirbane décélée par Viron à l'aide du réactif sulfocarbazotique. Dosage de l'acide carbonique dissous dans l'eau par le procédé d'Albert Lévy et les procédés de Schulze-Trommsdorf et d'Albert Lévy pour le dosage des matières organiques dans l'eau.

Cet ouvrage indispensable aux pharmaciens, aux distillateurs, aux droguistes, aux fabricants de produits chimiques, aux négociants en denrées alimentaires, pourra être consulté avec profit par tout médecin voulant se tenir au courant des récents progrès de la chimie, et aussi se rendre compte des altérations des médicaments que journellement il est appelé à prescrire.

Dr Ad. T...

COURRIER

Faculté de médecine de Paris (Cours de clinique chirurgicale). — M. le professeu Duplay commencera ce cours à l'Hôtel-Dieu le vendredi 16 novembre 1894, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours :

Lundi, visite et examen des malades (salles des hommes) ; mardi, leçon clinique et opérations, amphithéâtre de la clinique, à 9 heures 1/2 ; mercredi, visite et examen des malades (salle des femmes) ; jeudi, opérations (chirurgie abdominale); vendredi, leçon clinique et opérations, amphithéâtre de la clinique, à 9 heures 1/2 ; samedi, exercices gynécologiques : salle des femmes et salle du spéculum,

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir :

1° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le docteur Demoulin, chef de clinique, mardi à cinq heures (amphithéâtre de la clinique) ;

2° Exercices cliniques, examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le docteur Demoulin, jeudi et samedi, à cinq heures (amphithéâtre de la clinique) ;

3° Conférences de gynécologie, méthodes d'exploration gynécologique, par M. le docteur Clado, chef des travaux gynécologiques, lundi à cinq heures (amphithéâtre de la clinique ;

4° Exercices de gynécologie, examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. le docteur Clado, mercredi à cinq heures (salle du spéculum);

5° Conférences et exercices pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie, par M. Cazin, chef du laboratoire, vendredi à cinq heures (laboratoire de la clinique).

MM. les élèves qui voudront prendre part aux travaux du soir sont priés de se faire inscrire auprès de MM. Demoulin, Clado, Cazin.

Le sérum antitoxique de la diphtérie. — L'institut Pasteur dispose en ce moment d'environ 70 chevaux pour la préparation du sérum antidiphtérique, mais il faut bien compter encore un mois avant que la distribution du médicament puisse être faite assez largement.

On sait, en effet, qu'il ne faut pas moins de deux mois à deux mois et demi pour avoir un cheval fait, c'est-à-dire en état d'être saigné; or, il y a un mois à peine que le succès de la souscription a permis d'acheter des chevaux en nombre considérable. Pour le moment, on se trouve donc, à l'Institut Pasteur, dans l'impossibilité de donner suite au plus grand nombre de demandes de sérum.

Ajoutons que l'Assistance publique fait construire, à côté des abattoirs de Grenelle, une écurie destinée aux 20 chevaux reconnus nécessaires mais suffisants pour subvenir aux besoins du département de la Seine.

Au Sénat, on va ajouter un article concernant le sérum antitoxique, à la loi sur la pharmacie.

Les pharmaciens seuls pourraient en vendre et ne le fabriqueraient que sous la surveillance d'une commission composée de membres de l'Académie de médecine et de comités d'hygiène.

Une commission a été nommée ; cette commission est composée de MM. Cornil, président ; Lourties, secrétaire ; Demoulins de Riols, Poirrier (Seine), N..., Madignier, Camescasse, Develle, Frézoul.

Au Conseil municipal de Paris. — M. Strauss parle « des gaspillages, de l'incurie et des scandales de l'Assistance publique », il ajoute :

« Lorsque nous abordons ces questions de réorganisation profonde (gaspillage, scandale, etc.), nous nous heurtons à certaines susceptibilités des corps constitués.

« M. Breuillé. — Des mandarins !

« M. Paul Strauss. — Le corps médical des hôpitaux.

« M. Louis Lucipia. — Et le Conseil de surveillance de l'Assistance publique. »

C'est un comble et ce bon directeur de l'Assistance publique !!! il va sans doute défendre le corps médical !

La maladie du Tsar. — Le corps médical de Saint-Pétersbourg accuse hautement, dit le *Temps,* — qui décidément n'est pas tendre pour les médecins, — le professeur Zakharine d'avoir négligé l'examen de l'état des reins de l'empereur après l'influenza, dont Alexandre III fut atteint l'année passée. C'est le médecin de l'équipage du yacht impérial *Poliarnaia-Zwiézda* (l'*Etoile-Polaire*) qui fut le premier à concevoir le soupçon que l'empereur devait avoir une maladie du rein. Cet été, quand la famille impériale faisait son excursion par mer sur les côtes de Finlande, ce médecin observa que le visage de l'empereur avait des bouffissures inquiétantes. Il demanda confidentiellement au domestique attaché au service personnel du tsar de lui apporter dans le plus grand secret un flacon d'urine du souverain ; il en fit l'analyse et ayant constaté une inflammation très avancée, fit part de sa découverte au médecin de la cour, M. de Hirsch, qui accom

pagne toujours le couple impérial en voyage. M. de Hirsch reçut l'analyse et, voyant la découverte de son collègue de la marine se confirmer, conseilla aussitôt le retour sur la terre ferme et la villégiature dans un endroit au climat sec.

(*Progrès médical.*)

— Les mutations suivantes auront lieu à la fin de l'année dans les services de médecine des hôpitaux :

MM. Audhoui passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ; Strauss, de la Charité à l'Hôtel-Dieu ; Labadie-Lagrave, de la Maternité à la Charité ; Moutard-Martin, de la Pitié à la Charité ; Danlos, de la Maison de santé à Saint-Louis ; Moizard, de l'hôpital Trousseau aux Enfants-Malades ; Déjerine, de Bicêtre à la Salpêtrière ; Chauffard, de Laënnec à Cochin; Muselier, de Broussais à la Pitié ; Merklen, de Saint-Antoine à Laënnec ; Comby, de Tenon à Trousseau ; Chantemesse, des Ménages au Bastion 29 ; Josias, de la Pitié à Trousseau ; Marie, de Debrousse à Bicêtre ; Netter, de Tenon à la Pitié ; Petit, de Sainte-Périne à la Pitié ; Babinsky, d'Aubervilliers à Broussais ; Siredey, d'Aubervilliers à Saint-Antoine ; Charrin, du Bureau central à la Maternité ; Richardière, du Bureau central à Tenon ; Thibierge du Bureau central à Debrousse ; Gaillard, du Bureau central à Tenon ; Mathieu, du Bureau central à Sainte-Périne ; Delpeuch, du Bureau central aux Ménages; Lermoyez, du Bureau central à Aubervilliers.

— Le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours public et gratuit, sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 13 novembre, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit pour les exercices pratiques, les mêmes jours, à la clinique, de trois à cinq heures.

Inauguration du monument de Claude Bernard. — Le 28 octobre à Lyon a eu lieu, dans la cour d'honneur de la Faculté de médecine, l'inauguration de la statue de Claude Bernard.

Dans l'assistance très nombreuse, figuraient toutes les sommités de la région lyonnaise.

Sur la tribune d'honneur, à côté de M. Emile Charles, recteur de l'Académie de Lyon, avait pris place : MM. Liard, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique ; Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, président du comité du monument ; Bertrand, Boissier, Brunetière, de l'Académie française ; Fourcade, premier président de la Cour d'appel ; Bouchard, de l'Institut ; Chauveau, de l'Académie des sciences ; Kelsch, directeur de l'Ecole militaire de santé de Lyon, délégué de l'Académie de médecine ; Rivaud, préfet du Rhône; Gailleton, maire de Lyon ; le général Voisin, gouverneur militaire; Dufour, recteur de l'Université de Lausanne ; Koschmitz, recteur de l'Université de Greifswald ; lord Ray, délégué des quatre Universités d'Ecosse; Van Hamel, recteur de l'Académie de Toulouse; Lehr, professeur de l'Université de Lausanne ; Dastre, professeur à la Sorbonne, délégué de la Faculté des sciences de Paris ; Aynard, député ; le R. P. Coconnier, recteur de l'Université catholique de Fribourg ; Forster, professeur de l'Université de Bonn, etc., etc.

Après la remise du monument par M. Lortet, président du comité de souscription, M. Brunetière a pris la parole au nom de l'Académie française.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. JACCOUD : Tuberculose rénale. — II. Diphtérie humaine et diphtérie aviaire. — III. Congrès français de médecine interne. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD

Tuberculose rénale

Il s'agit, Messieurs, d'un jeune homme de 24 ans exerçant la profession de tonnelier qui entra dans notre service le 25 octobre 1894. Il est entré parce qu'il toussait et surtout parce que dix jours avant il avait craché du sang. L'examen clinique montre qu'il ne se trompe point en affirmant qu'il tousse, car il en a le droit. Du côté gauche, en effet, il y a de la submatité et à droite la matité est complète. L'auscultation nous permet d'entendre à gauche des craquements humides. qui se montrent également si on place son oreille du côté droit. En arrière, les lésions sont bien plus avancées, puisqu'on y trouve tous les signes cavitaires.

Le malade se trompe en disant qu'il ne tousse que depuis un mois, on peut donner une date approximative au début de cette toux, qui, selon moi, doit remonter à une année. Pourquoi est-ce que je me permets cette évaluation ? Le malade, ainsi que je vous l'ai dit, présente à droite une formation caverneuse, qui pour se former en un mois aurait nécessité une marche aiguë et rapide de l'affection ; or, ce jeune homme ne s'est jamais arrêté, il a continué son travail, la maladie a donc eu une marche torpide. Dans ce cas, pour que la tuberculose pulmonaire arrive à des lésions aussi importantes que celles-ci, ce n'est vraiment pas exagéré de la faire remonter à un an.

Il semblerait que cette manifestation hémoptysique ait été le signal d'une modification d'évolution. Point important, Messieurs, car j'ai donné des raisons permettant d'affirmer que la maladie a eu jusqu'ici une marche torpide ; or, il n'en est plus de même, il y a maintenant de la fièvre, il y en a tous les soirs, ce qui est assez naturel d'ailleurs ; mais il faut noter que depuis neuf jours, il y en a même le matin, modification importante dans l'évolution de cette tuberculose pulmonaire bénigne jusqu'alors. De pareils changements arrivent souvent, souvent aussi c'est une hémoptysie qui en est le signal. Voici pour l'examen.

Dès le soir de son arrivée, nous avons, selon notre habitude, fait recueillir les urines, et dès le soir de son arrivée jusqu'à aujourd'hui, elles se sont, ainsi que vous pouvez le constater, présentées avec une teinte sanguinolente. Cela n'a jamais changé ; l'intensité de la coloration a pu varier, mais c'est tout, l'anomalie de coloration a persisté.

Voilà un phtisique de 24 ans, rendant des urines colorées d'un rouge sang ; le diagnostic microscopique devra établir si c'est du sang en nature qu'il y a dans les urines et non pas seulement la matière colorante du sang ; il devra nous dire en un mot s'il y a hémoglobinurie ou hématurie. Dans ce dernier cas, les globules sanguins se trouvent dans le sang, alors que dans le cas contraire il n'y a pas de globules intacts, la coloration est due à l'hémoglobine dissous. L'examen microscopique nous a démontré

que dans le cas qui nous intéresse, l'urine doit sa coloration aux globules sanguins, il y a donc hématurie.

Dans ce cas, ce n'est pas encore suffisant, cette hémorrhagie se répétant sans cesse. Voilà dix-huit jours que ce jeune homme est dans le service, et sans intermittence il y a eu hématurie; cela veut dire alors que le malade présente une affection hémorrhagique de l'appareil urinaire, il y a là un processus provoquant une hémorrhagie.

L'autre point à régler, si c'est possible, c'est de déterminer dans quelle partie des organes urinaires siège ce processus. Quelquefois cette détermination est difficile; ici, nous sommes relativement bien partagés, elle est facile parce que tous les éléments permettent de prendre une détermination. D'abord, toutes les portions dans une même miction sont également colorées; il n'y a pas dans une même miction de portions non colorées alternant avec des portions colorées. Le mélange du sang et de l'urine est au même degré; cette intimité du mélange est déjà, quand elle est bien constatée, une preuve suffisante pour penser que le processus ne siège pas dans la vessie. Il y a une preuve qui vient encore s'ajouter : l'examen microscopique nous démontre que les globules sanguins sont agglomérés sous forme de cylindres reflétant la forme des tubuli, ceci nous permet d'affirmer que le rein est pris. Enfin, en examinant et surtout en interrogeant le malade, on voit qu'il ne présente aucun symptôme vésical, pas de trouble de la miction, pas de ténesme. Donc, si on tient compte de cet ensemble de circonstances que je vous résume : 1° Mélange absolument intime du sang et de l'urine; 2° présence dans l'urine de cylindres ayant la forme de tubuli; 3° pas de symptômes vésicaux, on peut en tirer cette conclusion formelle : ce malade est atteint d'un processus hémorrhagique de l'appareil urinaire limité en ce moment au rein.

A-t-il été ou est-il aigu ce processus hémorrhagique des reins? Nous sommes moins bien placés pour conclure d'une façon ferme à cause de la fièvre. On pourrait dire que cette fièvre est en partie imputable aux reins et non tout entière à l'évolution de la tuberculose pulmonaire. J'ai dit que ce malade n'avait pas de troubles dans la vessie, pas de douleur vésicale; ce que j'ai dit pour la vessie peut s'appliquer aux reins. Il n'y a pas de douleurs de reins, aucune déformation des régions rénales, cela va sans dire. Cette absence dans le processus hémorrhagique me permet de penser, quoi qu'en dise mon chef de clinique, M. Belon, que ce processus ne peut revendiquer une partie de la fièvre du malade.

D'ailleurs, ceci n'a pas une importance extrême dans ce cas. Voilà donc ce malade de 24 ans présentant une affection hémorrhagique des reins sans acuité, sans grande acuité pour concilier les opinions.

On pourrait penser que puisque ce malade est phtisique, la question de la nature du processus est résolue, et que nous sommes autorisés à conclure que c'est à la tuberculose rénale qu'on doit l'imputer. C'est bien là, je m'empresse de vous le dire, notre conclusion, mais nous ne pouvons la tirer d'emblée. D'abord, chez les phtisiques, la tuberculose rénale est rare. Donc, puisqu'il s'agit d'une manifestation rare de la tuberculose, on ne peut donc pas dire que c'est de la tuberculose rénale par ce seul fait qu'il y a de la tuberculose pulmonaire. Il faut regarder à quoi? D'abord aux antécédents, voir s'il y a dans son histoire quelques-unes de ces conditions qui dispo-

sent à la néphrite ; l'énumération des faits négatifs que vous allez entendre montrera sur quel point il faut fixer son attention.

D'abord il n'a jamais eu de traumatisme des reins, il n'a jamais été dans les pays chauds (ceci pour la néphrite des pays chauds), il n'a jamais eu de maladies infectieuses, jamais de syphilis, ni d'impaludisme ; d'autre part, il n'a jamais eu du côté des reins de douleurs ressemblant d'une façon quelconque à des coliques néphrétiques, d'ailleurs des coliques néphrétiques à 24 ans ce serait bien extraordinaire.

Donc, en reprenant en sens inverse, pas de lithiase biliaire, pas de néphrite, ni d'impaludisme, pas de néphrite syphilitique, pas de néphrite traumatique, pas de néphrite des pays chauds ; alors en présence de quel cas restons-nous ? Tuberculose et cancer. Si ce jeune homme n'était frappé de tuberculose pulmonaire, ce serait le diagnostic différentiel qu'il faudrait examiner avec le plus de soin.

De par la logique clinique qui veut que dans les cas possibles, des lésions siégeant en même temps dans des organes différents, doivent se rapporter à une même cause, ce malade était atteint de tuberculose pulmonaire depuis un an, j'admets chez lui la tuberculose rénale, mais je m'empresse de vous dire que je n'ai pas d'autre cause pour l'admettre.

Quand les reins sont en cause, il y a place pour les variétés pathologiques les plus diverses et les plus extraordinaires. La tuberculose pulmonaire peut être associée au cancer rénal ou d'une autre partie de l'appareil urinaire. J'ai publié en 1886 un cas dans lequel avec une tuberculose des sommets, il y avait un cancer de la vessie et de l'urèthre ; un rein était en hydronéphrose, l'autre en tuberculose miliaire. Dans la dernière édition de son ouvrage, Rosenthal a appelé l'attention sur un fait rare, un rein était atteint de tuberculose, l'autre de cancer ; mais on sait que ces cas sont exceptionnels, c'est pourquoi ici on peut conclure à la tubrculose rénale.

Y a-t-il des bacilles dans les urines ? Non, il n'y en a pas. Cette maladie à la phase hémorrhagique, où l'urine ne présente même pas de dépôt muqueux, est trop récente pour qu'elle offre des bacilles ; il faut un travail destructif des tissus pour qu'il y en ait ; c'est encore trop tôt, nous n'avons pas de pus et nous ne devons pas trouver de bacilles dans les urines à cette date, pas plus que dans les crachats de tuberculeux récents.

Il y a autre chose, la tuberculose rénale peut tuer sans qu'il y ait de bacilles dans les urines; nous conclurons donc que cette affection est au début, il y a eu une douzaine d'examens et on n'a pas trouvé de bacilles.

Voilà le diagnostic ; il y a polyurie, mais le malade est au régime lacté absolu. Il y a 3,000 gr. d'urine dont la densité est irréprochable (1,015) ; réaction acide à l'examen devenant peut être un peu trop vite alcaline ; l'urée est en petite quantité de même que les chlorures et l'acide phosphorique Quant à l'albumine la quantité est en rapport avec la quantité de sang que renferme l'urine.

Je profite, messieurs, de cette circonstance pour étudier devant vous cette question de la tuberculose rénale. Laissez-moi rappeler d'abord ses formes anatomiques ; une, à distinguer de suite des autres, est la forme miliaire, analogue à celle du foie, du poumon, etc., c'est un élément silencieux de la granulose milaire généralisée.

La tuberculose commune à marche chronique se présente anatomique-

ment sous forme de pyelo-néphrite, l'infiltration pouvant aboutir à des cavernes (forme caséo-ulcéreuse des allemands). Voilà les deux formes les plus ordinaires. Il y a deux formes très rares sur lesquelles M. Tuffier, en 1892, appela l'attention, ce sont l'hydronéphrose tuberculeuse et ce qu'il appelle la tuberculose massive.

A propos de notre malade, il se présente une question qui mérite d'être examinée avant de s'occuper de l'étiologie. Tuberculose rénale veut dire bacille dans le rein. Comment et pourquoi y arrivent ces bacilles. Dans la forme miliaire, c'est très simple ; dans ce cas il y a véritablement un état de bacilémie, si je puis m'exprimer ainsi; il y a infection générale du sang par le bacille qui se dépose dans le rein comme dans la généralité des tissus.

Dans les formes chimiques, les seules intéressantes au point de vue clinique, comment se présentent les choses ? Il y a eu un point de l'organisme de la tuberculose préalable et le rein est envahi par la voie sanguine ou lymphatique. Celà paraît très simple. Cette simplicité n'est qu'une pure apparence. Je suis surpris que cette question n'ait pas encore été soulevée. Dans notre cas il y a dans les poumons de la tuberculose, c'est-à-dire des bacilles actifs, le rein se prend : il y a là une question obscure, pourquoi le rein se prend-il ? Parfois la tuberculose existe depuis des années (trois ans dans une observation que j'ai publiée en 1886), un an dans ce cas, sans que le rein ne soit atteint. Pourquoi cette diffusion subite? Si on réfléchit, on se pose cette question. La réponse paraît banale : il faut qu'il y ait eu quelques changements dans le poumon ou dans le rein. Quels peuvent être ces changements ? Ils existent de deux côtés.

Du côté du poumon changement, parce que les conditions de végétation du bacille varient par les poussées inflammatoires, voilà une première condition pathologique expliquant que les cantonnements du bacille prennent fin à un moment donné. Il y a un autre changement plus important, c'est l'adjonction d'une infection surajoutée. On sait aujourd'hui que les allures cliniques, d'évolution rapide de la tuberculose pulmonaire, ne sont pas simplement le fait de l'activité du bacille. C'est l'adjonction ou la non adjonction d'une infection d'autre sorte. En tête de ces infections qui peuvent allumer la fièvre ou la faire croître, il faut citer l'infection par les streptocoques. Avec ces changements, il est compréhensible qu'une diffusion se produise.

Il y a aussi la part à faire aux modifications du côte des reins qui peuvent le disposer à la réception du bacille. La congestion répétée, voilà une condition anormale qui, selon moi, modifie le rein et le rend accessible aux bacilles de la tuberculose. On peut aussi invoquer l'action de l'alcoolisme pour cette localisation de la tuberculose, car le rein d'un alcoolique est en état de congestion permanente. Parfois ces deux conditions sont réunies, ce n'est jamais par hasard que le rein est envahi.

Maintenant, messieurs, je ne veux pas tirer de conclusion en me basant sur deux cas, je n'en ai pas le droit, le nombre en est trop faible, et puis il y a une autre interprétation possible ; mais enfin je ne veux pas vous laisser ignorer que j'ai observé deux cas mortels de tuberculose rénale que j'appellerais chimiques, chez deux personnes ayant été soumises à une influence thérapeutique tout à fait capable d'agir à la fois sur le poumon et

sur le rein. Ces deux personnes avaient été soumises à des injections de tuberculine. Cette tuberculine produit de l'hématose et agit sur le poumon. Je ne tire aucune conclusion, seulement je vous cite ces deux faits comme exemples de modifications se passant sous des influences diverses et changeant d'emblée les conditions ayant existé jusqu'alors. Quant à notre malade il doit être sous le coup d'une infection secondaire.

Voilà pour la pathogénie de cette affection.

Diphtérie humaine et diphtérie aviaire

—

La cause première de la diphtérie est le bacille de Klebs-Lœffler. Souvent la maladie se transmet par contagion directe, inutile d'insister sur ce point. Mais la transmission indirecte est cependant beaucoup plus fréquente ; elle s'exerce d'abord par les personnes qui ont été en rapport avec le malade, les objets dont il se sert. Ensuite viennent les poussières que soulève le balayage et Klebs, à Zurich, a fait voir que le plus grand nombre des cas de diphtérie se produisent le mercredi et le samedi, la maladie étant contractée le mardi et le vendredi jour de balayage de la ville. Teissier a fait les mêmes constatations et insiste sur la nocivité des poussières des dépôts de paille, de fumier, de chiffons et d'ordures. Très fréquemment la diphtérie éclate dans des logement humides situés au rez-de-chaussée et prenant jour sur des courettes servant de poulailler et où s'accumulent les fumiers. Longuet a prouvé, par des statistiques intéressantes, que la morbidité diphtéritique était beaucoup plus élevées dans la cavalerie que dans l'infanterieet différentes observation sont confirmé ces faits. Il résulte detout cela, dit M. Haas, qui vient de faire une étude complète de l'étiologie générale de la diphtérie, que la maladie peut avoir une autre origine et, pour lui, pour Teissier, Boissy, Janssens, Delthil, Longuet, cette origine ce sont les affections pseudo-membraneuses des oiseaux.

Cependant, Roux et Yersin l'ont prouvé, le bacille de la diphtérie aviaire est très différent de celui de la diphtérie humaine. « Mais, dit Longuet, les bactériologistes ne semblent ils pas avoir ignoré — du moins dans la circonstance présente — une des lois les plus élémentaires de la bactériologie, celle notamment sur les transformations biolologiques et morphologiques des microbes suivant les conditions de milieu, transformations bien mises en relief par les travaux de M. Charrin et les recherches de Klein. »

Exposons maintenant rapidement les différents caractères du bacille de Klebs-Lœffler et de celui de la diphtérie aviaire.

Dans une culture jeune, sur sérum, le bacille diphtérique revêt la forme d'un bâtonnet, plus épais que le bacille de Koch, et à extrémités un peu effilées et arrondies ; dans le bouillon, les extrémités se renflent davantage spores ou plutôt fausses spores). Enfin, dans les cultures anciennes les baciles ne prennent plus les matières colorantes ; quelques-uns seulement qui ont des formes renflées, arrondies ou en poires se colorent bien. Dans les fausses membranes, les bacilles diphtéritiques, mélangés à d'autres microbes, sont groupés en amas ; ils ont la forme de bâtonnets à bouts un peu amincis et arrondis, légèrement recourbés, renflés en poire ou en massue, granuleux et inégalement teintés ; ils se colorent d'un façon intense par la méthode de Gram (Roux et Yersin).

Le bacille de la diphtérie des oiseaux est aussi un bâtonnet, mais les extrémités ne sont pas renflées et il est plus court que celui de Klebs-Lœffler. Lœffler a inoculé des pigeons avec ce bacille, etau point d'inoculation, il y a toujours eu d'abord de l'inflammation et ensuite une fausse membrane ; chez les animaux qui ont succombé le bacille a été retrouvé dans le poumon et dans le foie. Le bacille de la diphtérie aviaire est moins virulent que celui de la diphtérie humaine, mais inoculé avec des streptocoliques tue le cobaye et le lapin. D'autre part, Haushalter a trouvé dans les fausses membranes des bacilles ressemblant à ceux de la tuberculose et qui, associés au pneumocoque tuent rapidement le lapin.

On ne peut s'empêcher de rapprocher ces résultats de ceux obtenus avec le bacille diphtéritique atténué et le bacille pseudo-diphtéritique. Ce dernier se trouve dans la bouche des sujets sains et dans des angines non diphtéritiques; il ne diffère du diphtéritique très virulent que par des nuances morphologiques et en est une forme atténuée.

Enfin, quand, lorsqu'on atténue artificiellement le bacille très virulent, on ne fait pas descendre la virulence trop bas, on peut la renforcer par l'association du virus non mortel au streptocoque de l'érysipèle et en inoculant le mélange aux cobayes (Roux et Yersin).

La plus grande différence qu'il y a entre le bacille aviaire et celui de Klebs-Lœffler est que le premier se développe fort bien à l'abri de l'air et peut, par conséquent, se multiplier dans les organes profonds, produire des fausses membranes dans l'intestin, etc.

Mais, disent les adversaires de l'identité de la diphtérie aviaire et de celle de l'homme, les symptômes diffèrent dans les deux maladies et généralement la diphtérie des oiseaux est très bénigne. Cependant il existe certainement un grand nombre de diphtéries qui, chez l'homme, restent aussi absolument bénignes et il est prouvé que, dans beaucoup de cas, la gravité de la maladie humaine tient à des associations microbiennes. N'est-il pas logique d'admettre que la diphtérie aviaire, dont il existe, du reste, une forme grave, n'est si souvent bénigne que par suite de l'absence d'associations microbiennes exaltantes?

On a dit qu'il n'y avait pas de paralysies consécutives à la diphtérie chez les oiseaux. En réalité, Fermod, Deltheil, Klein, Sanderson en ont observé et leur rareté relative tient probablement à la différence d'action du bacille sur des espèces animales très différentes.

On trouvera dans les travaux de Longuet, de Haas, un très grand nombre d'observations probantes. Nous n'en citerons qu'une recueillie par Bild dans l'île de Skiatos, où la diphtérie était inconnue. Un cas mortel de cette maladie fut l'origine d'une épidémie grave et actuellement la diphtérie est devenue endémique dans l'île. M. Bild, en cherchant l'origine du premier cas, découvrit qu'une douzaine de dindons diphtéritiques venaient d'être amenés à Skiatos et la diphtérie de ces oiseaux put être étudiée dans toute son évolution ; un certain nombre moururent et il y eut un cas de paralysie des pattes.

La diphtérie peut aussi se transmettre de l'homme à l'animal, et il nous semble que, dans l'état actuel de la science, l'identité de la diphtérie aviaire et de celle de l'homme est probable. Inutile d'insister sur l'importance des mesures prophylactiques qui découlent de ces faits.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (*suite*) (1)

MALADIES MICROBIENNES

De la desquamation dans la fièvre typhoïde chez les enfants

M. Weill a observé la desquamation dans 33 cas sur 37. Elle occupe, en général, le tronc, la racine des membres et du cou ; jamais elle ne siège sur la face, sur la paume des mains ou la plante des pieds. Le début se fait par l'aisselle. Habituellement, la desquamation est furfuracée, mais parfois elle se fait en grands lambeaux ; du reste, il y a souvent association de ces différentes formes. La durée de la desquamation varie de quelques jours à plusieurs semaines. Elle se montre soit à la terminaison de la période fébrile, soit au moment de l'apyrexie, soit plusieurs jours après que la fièvre a cessé. Les desquamations précoces se voient surtout dans les cas graves.

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids

M. Glénard insiste une fois de plus sur les grands bienfaits de la méthode de Brand, à laquelle beaucoup de médecins de l'école de Paris accordent maintenant une action spécifique. Le traitement est beaucoup moins difficile qu'on ne le croit à appliquer dans la pratique de la clientèle familiale et à la campagne, le médecin peut le régler en prenant une seule température par jour. Un cuvier, un tonneau séparé en deux par le milieu, remplacent la baignoire.

Traitement de la fièvre typhoïde par les badigeonnages de gaïacol

M. Montagnon, quand il y a des contre-indications à l'emploi des bains, préconise les badigeonnages de gaïacol. Il ordonne un badigeonnage de 0,50 de gaïacol dans la région inguinale toutes les fois que la température s'élève ; il ne faut pas employer plus de 2 gr. à 2 gr. 50 du médicament par jour.

Du pronostic de la fièvre typhoïde chez les enfants

M. Moussous (de Bordeaux) : De l'avis de tous, le pronostic de la fièvre typhoïde est moins sévère chez l'enfant que chez l'adulte. La statistique de M. Moussous comporte tous les cas qu'il a traités à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, de janvier 1890 à octobre 1894. Le chiffre total des malades est de 60, et on n'a eu à enregistrer qu'un seul décès. M. Moussous n'englobe sous la dénomination de fièvre typhoïde que les fièvres continues dont la durée dépasse douze jours ; cette statistique plaide donc absolument en faveur d'un pronostic relativement favorable.

Le traitement a été le suivant : pendant les douze premiers jours, on donne du calomel tous les trois jours, comme purgatif. Les jours intercalaires, et lorsque l'usage du calomel est définitivement suspendu, l'antisepsie intestinale est pratiquée par le naphtol associé au salicylate de bismuth. Tous les jours, on fait trois lotions vinaigrées froides et on administre deux lavements d'eau bouillie froide, on donne de la quinine jusqu'à ce que le thermomètre descende au-dessous de 38°, on prescrit le régime lacté et des boissons abondantes. Dans les formes ataxiques ou hyperthermiques, on emploie les bains tièdes à 30 degrés, refroidis à 26 degrés, de huit à dix minutes de durée.

L'hypertrophie de la rate dans la chlorose

D'après M. Clément, la rate est toujours hypertrophiée chez les chlorotiques et lorsque la chlorose guérit le volume du viscère diminue. Comme on a observé une fièvre

(1) Voir *Union médicale* du 13 novembre 1894.

chlorotique, que la phlegmatie alba dolens n'est pas très rare, qu'il peut y avoir des péricardites, que la maladie peut évoluer sous la forme épidémique, on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas là d'une affection de nature infectieuse.

M. LEMOINE a trouvé dans le sang des chlorotiques des streptocoques, des staphylocoques blancs ou plus souvent des coli bacilles.

Le chloro-brightisme

D'après M. CHATIN, des oxydations de matières albuminoïdes ne sont pas diminuées dans la chlorose, quel que soit le degré de l'anémie. La toxicité des urines est toujours diminuée et cette diminution est sans rapport avec le chiffre des oxydations, le degré de l'anémie et le chiffre des matériaux normaux de l'urine. Même s'il y a albuminurie, la toxicité est faible.

Leucocythémie ganglionnaire

MM. LANNOIS et REGAND ont vu chez une femme de 50 ans, un cancer du col coïncider avec une leucocythémie ganglionnaire généralisée. Ce fait viendrait à l'appui des idées de Bard, qui regarde la leucocythémie comme un cancer.

Les infections salivaires

MM. E. DUPRÉ et P. CLAISSE. — L'infection parotidienne a une origine buccale, une marche ascendante et une topographie canaliculaire. D'autre part, il faut remarquer l'extrême importance des lésions anciennes ou récentes du parenchyme, qui sont d'ordre dégénératif (nécrose, stéatose) et aboutissent à la déchéance fonctionnelle de la glande. — De l'infection dépendent les lésions canaliculaires, d'ordre inflammatoire, le plus souvent suppurées, ascendantes et progressives.

L'infection monomicrobienne ou polymicrobienne, est causée par le staphylocoque (65 pour 100), le pneumocoque (21 pour 100), le streptocoque, le bacille de Friedlander, le tetragenes, les saprogènes, etc.

Au début de certaines parotidites secondaires existe une phase de rétention salivaire aseptique assimilable à l'hydronéphrose, que l'on peut appeler l'hydroparotidite.

Les parotidites se divisent en : canaliculaires (sialodochitis) partielles ou lobulaires (le plus souvent d'origine calculeuse), et totales, habituellement terminales.

Le traitement des parotidites est celui de toutes les infections glandulaires ; antisepsie préventive continue. Intervention chirurgicale curative précoce.

COMMUNICATIONS DIVERSES

MM. MOSSÉ et DESTERAC ont observé un cas de *béribéri* chez un homme de 33 ans : la maladie a débuté pendant un séjour au Sénégal. Les principaux symptômes sont des troubles parétiques et paralytiques et une cécité complète due à une névrite optique double. L'urée et la plupart des éléments consécutifs de l'urine sont diminués ; un certain nombre de muscles présentent une réaction de dégénérescence partielle. Il est probable que le béribéri est une affection infectieuse et contagieuse et qu'une intoxication succède à l'infection. Cette intoxication détermine des névrites périphériques et des lésions centrales.

— M. LEMOINE a étudié les formes *pseudo-tuberculeuses de la grippe*. Cette dernière peut simuler la pneumonie tuberculeuse du sommet, les cavernes, la tuberculose chronique unilatérale. Le diagnostic est très difficile et seule l'étude bactériologique permettra d'affirmer l'absence de tuberculose.

— MM. WEILL et BERGEIN ont vu une épidémie de *vulvite* se propager par des thermomètres. Ces derniers étaient désinfectés par de l'eau phéniquée à 25 p. 100, et la température prise dans l'anus. L'épidémie s'arrêta lorsque les instruments furent désinfectés par de l'acide chlorhydrique au tiers.

— L'*albuminurie prétuberculeuse* offre, d'après M. TEISSIER, les caractères suivants.

Elle est intermittente avec cycle irrégulier et se produit par poussées durant plusieurs jours ; quelquefois elle est continue. En général le maximum d'élimination a lieu le matin. L'urine est pâle, légèrement trouble et riche en phosphates. Il y a rarement plus de 60 centigrammes d'albumine et il n'y a pas de vrais cylindres.

L'albuminurie prétuberculeuse alterne avec des poussées de bronchite catarrhale, des phénomènes congestifs variés, principalement des épistaxis. Elle disparaît au moment des localisations pulmonaires. Pour M. Teissier, l'albuminurie dépend de congestions rénales d'origine toxique dues à la tuberculine.

— MM. J. Courmont et Nicolas sont venus apporter de nouveaux arguments en faveur de l'identité des *tuberculoses humaine et aviaire* et soutenir qu'il n'y a pas de différences entre les bacilles de ces deux tuberculoses au point de vue de la végétabilité et de la virulence des cultures.

(A suivre.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du mardi 13 novembre 1894. — Présidence de M. Rochard

Contribution à l'étude du mécanisme de la mort sous l'influence de la cocaïne

M. E. Maurel. — Les leucocytes en mourant sous l'influence de la cocaïne deviennent sphériques et rigides. Lorsque la cocaïne est à un titre suffisant, cette forme et cette consistance sont prises immédiatement. Alors les leucocytes adhérant à la paroi des vaisseaux sont entraînés dans le courant sanguin et le nombre de ces éléments dans la partie circulante du sang se trouve augmenté.

En devenant ainsi sphériques, un certain nombre de leucocytes acquièrent des dimensions supérieures au calibre de beaucoup de capillaires et ils ne peuvent plus circuler dans ces vaisseaux par suite de leur rigidité.

Il résulte des recherches de M. Maurel que la cocaïne surprend les leucocytes dans les capillaires ou certains petits vaisseaux, ces éléments, en mourant, pourront obstruer ces capillaires ou ces vaisseaux.

La sensibilité d'un animal à la cocaïne est proportionnelle à celle de ces leucocytes de ce même agent.

Pour chaque animal, quelle que soit sa sensibilité, la dose mortelle pour l'organisme correspond toujours à celle qui donne à ses leucocytes une tendance marquée à la forme sphérique.

Donc, l'action de la cocaïne sur les leucocytes peut entrer pour une part dans l'action que cette substance exerce sur l'animal.

Il résulte des expériences de M. Maurel que la mort sous l'influence de la cocaïne, peut se produire par deux mécanismes différents, suivant qu'il y a administration de hautes doses par la voie stomacale, ou mort accidentelle à la suite de faibles doses employées à un titre concentré.

Dans les deux cas, l'action de la cocaïne sur les leucocytes prend une part dans l'explication de la mort, mais cette part est plus grande dans les cas de mort accidentelle.

M. Maurel est, du reste, loin de penser que l'action toxique de la cocaïne est tout entière dans celle qu'elle exerce sur les leucocytes. Il y en a une autre, qui est la contraction des petits vaisseaux.

M. A. Poncet (de Lyon) communique à l'Académie un travail sur

La résection à froid de l'appendice vermiculaire dans les appendicites chroniques à rechutes

Il a pratiqué 6 fois cette opération relativement rare, qui ne doit être exécutée comme, du reste, toutes les opérations intra-abdominales, que sous le couvert d'une asepsie parfaite, et il y a eu 6 guérisons.

Sous le nom d'appendicite il faut entendre la maladie généralement encore dénommée typhlite, pérityphlite, dont la gravité est des plus variables.

En présence d'une issue trop souvent rapidement mortelle, sans parler de complications dangereuses qui empêchent pendant des mois, pendant des années une guérison complète, M. Poncet est partisan d'une opération hâtive. C'est ainsi qu'il conseille dans les appendicites à rechutes l'ablation de l'organe malade, alors que les accidents plus ou moins aigus ont disparu depuis longtemps, d'où le nom de résection à froid donné par le chirurgien à cette opération.

Les 6 guérisons de M. Poncet sur 6 opérations témoignent de l'innocuité de cette intervention.

Du reste, dans ces dernières années, le traitement de l'appendicite est devenu essentiellement chirurgical. C'est à la laparotomie iliaque qu'il faut avoir recours et M. Poncet signale 56 opérations de ce genre pratiquées dans son service pour des accidents appendiculaires qui ne pouvaient être imposés par un autre traitement.

A la suite d'un comité secret, l'Académie fixe la liste de présentation à une place dans la section de médecine opératoire de la manière suivante :

1re ligne :	MM.	Lucas-Championnière ;
2e	—	Reclus ;
3e	—	Delens ;
4e	—	Monod ;
5e	—	Delorme et Pozzi,

FORMULAIRE

—

Typhlite et pérityphlite chez l'enfant

Traitement de Bouchard, appliqué par Le Gendre. 1° Calmer la douleur par des applications de couches épaisses de la pommade suivante :

Onguent mercuriel double..	30 gr.
Extrait de belladone. . .	4 gr.
» d'opium . . .	1 gr.

recouverte d'un cataplasme très chaud. Donner aux enfants déjà grands un peu d'opium à l'intérieur.

2° Irrigations antiseptiques faits deux fois par jour très lentement, avec une quantité d'eau à 38° variable selon l'âge contenant borate de soude 2 gr. pour un litre d'eau dans le quel on ajoutera une à deux cueillères à café du mélange.

Teinture de Benjoin	ãã 30 gr.
Alcool camphré. . .	

3° Repos absolu.

4° User peu des purgatifs et seulement des plus doux (Magnésie dans l'eau sucrée).

5° Régime alimentaire. Lait d'abord coupé d'eau alcaline, et en petite quantité à la fois plus tard additionné de jaune d'œuf.

POUDRE CONTRE LE RHUME DE CERVEAU

Lin sozo-iodilique pulvérisé	1 gr. 50
Menthol.	0 gr. 10
Lactose	20 gr.

A priser plusieurs fois par jour.

COURRIER

RÉPARTITION DES STAGIAIRES DANS LES HOPITAUX. — Voici les services dans lesquels seront classés les stagiaires du 1er décembre 1894 au 1er mars 1895.

I. — Services réservés aux stagiaires de quatrième année (vétérans) pourvus de 12 à 15 inscriptions.

Médecine : 1° Services généraux. Hôtel-Dieu : MM. Germain Sée, professeur; Cornil, professeua; Ferrand. — Charité : MM. Potain, professeur; Constantin Paul, agrégé. — Pitié : M. Jaccoud, professeur; Robin, agrégé ; Faisans. — Saint-Antoine : M. Hayem professeur. — 2° Services spéciaux. Sainte-Anne (maladies mentales) : Joffroy, professeur. — Enfants malades (maladies des enfants) : MM. Grancher, professeur; Marfan, agrégé suppléant. — Saint-Louis (maladies cutanées et syphilitiques) : M. Fournier, professeur. — Salpêtrière (maladies nerveuses) : Raymond, professeur.

Chirurgie. 1° Services généraux. Hôtel-Dieu : M. Duplay, professeur. — Charité : M. Tillaux, professeur. — Pitié : M. Berger, professeur. — Necker : M. Le Dentu, professeur. — 2° Services spéciaux. Hôtel-Dieu (maladies des yeux) : M. Panas, professeur. — Necker (maladies des voies urinaires) : M. Guyon, professeur.

II. — Services destinés aux stagiaires de troisième année (nouveaux), pourvus de 8 à 11 inscriptions.

Médecine. Charité : M. Gouraud. — Saint-Antoine : MM. Hanot, agrégé; Letulle, agrégé; Gaucher, agrégé; Tapret. — Cochin : M. Chauffard, agrégé. — Necker : MM. Rendu, agrégé; Huchard; Cuffer. — Beaujon : MM. Fernet, agrégé; Rigal, agrégé. — Lariboisière : MM. Duguet, agrégé; Troisier, agrégé; Dreyfus-Brisac. — Laënnec : MM. Landouzy, professeur; Gingeot; Merklen. — Broussais : M. Barth.

Chirurgie. Hôtel-Dieu : M. Polaillon, agrégé; Saint-Louis : M. Richelot, agrégé. — Pitié : M. Reclus, agrégé. — Saint-Antoine : MM. Monod, agrégé; Blum, agrégé. — Cochin : MM. Schwartz, agrégé; Quénu, agrégé. — Lariboisière : M. Peyrot, agrégé. — Broussais : M. Campenon, agrégé.

En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne seront pas compris dans le classement officiel des stagiaires.

Ils suivront les services hospitaliers qu'ils choisiront eux-mêmes, et produiront des certificats de leurs chefs de service, pour prendre leurs inscriptions en janvier, avril et juillet.

Le concours de l'internat des hôpitaux de Rouen s'est terminé par la nomination de : MM. Lance, Guillaume, Billard, Méret, Nicolas, Chalufour et Vernière.

CONSÉQUENCES DES LOTIONS PHÉNIQUÉES.— Les lotions avec une solution d'acide phénique à 2 p. 100 sont-elles capables de provoquer la gangrène d'un doigt piqué par un morceau de zinc qui avait pénétré sous l'ongle? Ainsi en a jugé le Tribunal de la Seine, sur un rapport affirmatif de M. le docteur Laugier, médecin légiste.

Le pharmacien mis en cause a fait valoir que le premier pansement avec l'antiseptique (eau phéniquée) est d'usage courant, que l'Académie de médecine, l'Ecole de pharmacie et les pharmaciens, conformément à l'usage — l'usage devenu un droit, — peuvent délivrer de l'acide phénique sans ordonnance de médecin.

Le Tribunal n'en a pas moins jugé qu'il y avait eu de la part de M. X..., pharmacien, inobservation des règlements en délivrant de l'acide phénique sans ordonnance de médecin.

Il l'a, en conséquence, condamné à 25 francs d'amende et 2,000 francs de dommages intérêts en faveur de la plaignante qui s'était portée partie civile.

— Un Congrès international pour l'enfance se tiendra à Florence, au printemps de 1895. Questions soumises à l'examen des adhérents :

1° Amélioration physique de l'enfance ; 2° amélioration morale ; 3° amélioration intellectuelle ; 4° enfance et hôpitaux ; questions qui s'y rattachent ; 5° initiative d'une propagande générale en faveur de l'enfance ; 6° protection des enfants sourds-muets et aveugles jusqu'à leur rentrée dans un établissement d'éducation ; 7° Par quels moyens pourvoir, dans les villes et villages, aux enfants pauvres et abandonnés, pour leur assurer un état social digne et suffisamment aisé. Vaut-il mieux pour eux un métier ou une école? 8° les avantages de l'engagement dans la marine pour certaines natures indociles et vagabondes ; 9° correction paternelle ; 10 vagabondage et mendicité des enfants.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin titulaire et d'un chirurgien titulaire à l'hôpital Saint Joseph, dont l'inauguration officielle aura lieu le 15 novembre prochain. Les candidats devront, avant la fin de ce mois d'octobre, déposer leur demande et tous les documents par lesquels ils croiront utile de la faire valoir, au secrétariat des Facultés catholiques, à Lyon, rue du Plat, 25.

LA CHIRURGIE AU LAC TCHAD.— Parmi les guerriers, nous en avons remarqué un affligé d'une hernie inguinale, maintenue par un appareil qu'apprécierait certainement un orthopédiste européen. Il est d'ailleurs assez curieux de remarquer que les Mandjias, gens assez peu soigneux de leur personne, qui, contrairement à ce que nous avons vu jusqu'à ce jour, ne se livrent qu'à quelques ablutions, apportent au contraire, dans le traitement des plaies, blessures, infirmités, etc., des soins tout particuliers. Ils emploient pour le traitement des plaies une plante assez semblable aux jeunes pousses de roseau et qui dégage, lorsqu'elle est froissée, une forte odeur de phosphore. (*Revue scientifique*.)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. LAPOINTE : Sur un cas de contusion abdominale avec perforation intestinale consécutive. Mort par péritonite. — II. E. ROCHARD : La Société de chirurgie. — III. Congrès français de médecine interne. — IV. Feuilleton. — V. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. RECLUS.

—

Sur un cas de contusion abdominale avec perforation intestinale consécutive. Mort par péritonite.

Par André LAPOINTE, interne des hôpitaux

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer dans le service de notre maître M. Reclus, suppléé par M. Rochard, un cas de contusion abdominale avec perforation secondaire du gros intestin, suivie de mort par péritonite généralisée.

La conduite à tenir dans les faits de ce genre paraît actuellement assez précise. Lorsque les symptômes primitifs ne démontrent pas la rupture immédiate de l'intestin, ou une hémorrhagie interne grave, le chirurgien ne doit intervenir qu'à l'apparition des premiers signes, des *signes précurseurs* de l'infection péritonéale : il faut pour ainsi dire lutter de vitesse avec la péritonite. Rien n'est plus logique, mais la difficulté consiste précisément à dépister ces signes précurseurs et à saisir avec précision le moment opportun de l'intervention.

Notre malade, Auguste P..., journalier, était âgé de 65 ans. Le vendredi 14 septembre vers midi, il est renversé par une voiture de laitier dont une des roues lui passe obliquement sur le ventre, de droite à gauche et de bas en haut. On le relève et on l'amène immédiatement à l'hôpital.

L'interne de garde ne constate aucun phénomène inquiétant, à peine un léger état de schock ; la figure est un peu pâle, mais le blessé a toute sa connaissance, son pouls est plein et régulier.

Six heures après l'accident, l'état du malade ne s'est nullement aggravé ; il raconte très bien ce qui lui est arrivé et montre avec précision les points

FEUILLETON

—

A bâtons rompus

Les hommes qui président aux destinées des peuples ont le triste privilège de ne pouvoir souffrir et mourir en paix. Leur mal est une pâture à l'avide curiosité des foules. Ni l'admiration, ni le respect, ni la sympathie ne mettent un frein à l'impérieux besoin qu'elles ont de savoir, ou tout au moins de deviner. Quelque soin qu'on prenne pour protéger contre la douloureuse importunité de ces manifestations les couches où les rois agonisent, il est impossible que les échos de l'immense rumeur du monde n'arrivent pas jusqu'aux retraites, même les plus reculées et les mieux gardées, où on les abrite. Montant de la surface entière du globe, le bourdonnement énorme, fait de mille bruits divers, — télégraphes et imprimeries qui s'activent, cloches qu'on sonne, voix qui psalmodient la mélopée funèbre des prières désespérées — doit ajouter à l'épuisement de leurs veilles et au délire de leurs nuits des angoisses poignantes et des terreurs de cauchemar. La mort en est rendue plus lugubre encore, sa majesté s'accroît de la

où la roue l'a touché. Il se plaint seulement de légère douleur dans le ventre, augmentée par la pression de la main, surtout au niveau de l'hypochondre gauche.

Aucune lésion apparente sur la paroi abdominale ; deux taches ecchymotiques peu étendues à peu près symétriquement placées aux deux régions trochantériennes ; léger ballonnement du ventre qu'on attribue au schock péritonéal ; pas de sensation de flot. Absence complète de vomissement et d'envie de vomir. Le malade dit avoir rendu des gaz par l'anus depuis l'accident. Le pouls est normal, à 75. Température : 37°3.

On prescrit la diète laétée, 10 centigrammes d'extrait thébaïque et de la glace sur le ventre.

Le lendemain matin, aucun changement notable.

Il y a toujours la douleur sous le rebord costal gauche ; la paroi abdominale se contracte assez vivement quand on palpe à ce niveau et ne permet pas une exploration profonde. Ballonnement un peu plus marqué ; mais pas de vomissement ; pouls et température normaux. On continue le traitement médical prescrit la veille.

Le soir : rien de particulier ; température : 37°4.

15 septembre : le ballonnement est un peu plus marqué ; c'est la seule modification qui se soit produite. Le facies reste bon ; le pouls régulier, n'a pas faibli ; température : 37°2. Opium et glace.

A 4 heures après midi, le malade est toujours dans le même état. Mais il s'aggrave assez vite à partir de 6 heures : le facies s'altère, le ballonnement augmente rapidement, il survient de la dyspnée. Température : 37°5. A 9 heures et demie vomissement verdâtre.

Malgré ces signes inquiétants, on ne prévient pas le chirurgien de garde et le lendemain matin, à la visite, on constate une péritonite en pleine évolution : le facies est pâle, les yeux excavés ; le pouls est irrégulier et filiforme, à 115° ; la dyspnée est intense, le ballonnement considérable. Il ne s'est pas produit de nouveau vomissement, mais il y a des crachats verdâtres qui se font sans effort. Température : 37°8.

Mort à 4 heures de l'après-midi dans le collapsus.

Autopsie. — Abdomen très distendu. La paroi présente sur le flanc et

---

grandeur infinie de tous les regrets, de toutes les douleurs, de tous les deuils qui lui font cortège.

Tant que dure la lutte suprême, l'inquiétude des cœurs se suspend aux moindres nouvelles, vraies ou fausses, probables ou grotesques, sincères ou intéressées, nées parfois on ne sait où, qui rayonnent aux quatre coins de la terre avec l'instantanéité de la foudre. Puis, quand l'irréparable catastrophe est accomplie, la badauderie des gens se raccroche aux détails rétrospectifs, aux explications inutiles, s'acharne à discuter les hypothèses, à découvrir les causes et, de nouveau, les fantaisies se donnent libre carrière ; c'est une débauche, un débordement, une orgie de renseignements.

Dans cette recrudescence de la curiosité publique, c'est toujours aux questions médicales qu'est faite la plus grande part. Les interviews se multiplient, leurs résultats se colportent. C'est le moment où les « princes de la science » sont mis sur la sellette. Les foules les menacent, les journaux les accusent, les jugent et les condamnent. Certains les attaquent violemment, les bafouent, les ridiculisent, s'indignant que leur rôle soit devenu si grand et que leur mission soit si honorée, sans s'apercevoir que la violence

l'hypogastre gauches deux taches d'infiltration sanguine qui n'existaient pas pendant la vie. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un flot de sang noirâtre mélangé à quelques caillots. Le petit bassin est rempli de sang liquide.

Les anses intestinales sont très distendues, très vascularisées à leur surface; celle-ci est encore lisse et ne présente aucune trace d'exsudat.

En dévidant l'intestin, on découvre une masse de caillots dans le flanc gauche, tout autour du colon descendant; après avoir enlevé ces caillots, on constate que le mésocolon est déchiré près de son bord adhérent et que ses deux feuillets sont infiltrés de sang. A ce niveau, 15 centimètres environ au-dessous de l'angle colique gauche, le colon est sphacélé dans toute sa circonférence et sur une hauteur de trois travers de doigt environ. Sur son bord libre, cette partie sphacélée présente une perforation ovalaire à grand axe suivant celui de l'intestin, longue de 2 centimètres, et livrant un passage facile aux matières.

L'autopsie nous a révélé l'existence :

1° D'une péritonite généralisée, encore peu avancée dans son évolution;

2° D'une déchirure du mésocolon avec rupture vasculaire dans le territoire des coliques gauches;

3° Sphacèle cylindrique et perforation du colon descendant.

Ces lésions ont pu s'enchaîner de la façon suivante : déchirure du mésocolon et rupture vasculaire; sphacèle d'une portion cylindrique de l'intestin par ischemie peut être autant que par contusion; perforation consécutive à ce sphacèle, survenue donc à un moment éloigné du traumatisme.

Un premier fait mérite d'abord d'être relevé : l'autopsie nous a révélé la présence de douze à quinze cents grammes de sang dans la cavité péritonéale, et nous n'avons constaté à aucun moment avant la mort les signes ordinaires des hémorrhagies internes : aucun symptôme local, aucune modification de l'état général ne pouvait pousser, dans les moments qui suivirent le traumatisme, à une intervention contre cette hémorrhagie.

L'augmentation légère du ballonnement du ventre constatée le deuxième jour, devait-elle nous faire abandonner le traitement médical? Constituait-

---

même de leurs attaques est une implicite reconnaissance, un inconscient aveu de la grandeur et de la supériorité de la science. Elle, sereine, passe son chemin, dédaigneuse de l'injure qui ne l'atteint pas, car de toutes les illusions, — si elle en est une elle-même — qui bercent les espoirs, consolent les douleurs, ou illuminent les enthousiasmes de l'humanité, c'est à coup sûr la moins décevante et la plus efficace.

Mais les prêtres de son culte sont, eux aussi, des hommes et n'est-ce pas une injustice de leur faire un crime des erreurs ou des défaillances de leur imparfaite nature? Et lorsqu'une de ces erreurs pousse celui qui l'a commise à mourir, ne pourrait-on pas dire que le châtiment dépasse la faute, si l'on osait louer un acte qui n'est souvent, malgré tout, qu'une faiblesse?

. . . .

Elle est flatteuse au fond, quoique gênante parfois, l'idée qu'on se fait de notre sacerdoce (c'est ainsi qu'on le nomme). Le mal vient de ce qu'il est trop haut pour quelques-uns, très rares, de ceux qui l'exercent. D'ailleurs ne faut-il pas vivre avant tout? et l'âpreté des batailles à livrer pour cela, la rudesse de la concurrence à soutenir, n'ex-

elle le cortège des signes précurseurs de la péritonite? Notons qu'il n'y avait aucun changement du pouls et de la température ; le malade n'avait ni nausées ni vomissements ; le facies restait bon. D'ailleurs, l'autopsie nous l'a démontré, la péritonite ne pouvait exister à ce moment, l'anse en voie de sphacèle n'avait pas eu le temps de se rompre.

La péritonite ne devint évidente qu'à l'apparition du vomissement, cinquante six heures après l'accident, et il ne pouvait alors rester aucun doute sur l'urgence de la laparotomie. Mais n'aurait-il pas été possible d'intervenir plus tôt encore ? Les *signes précurseurs* n'étaient-ils pas l'augmentation rapide du ballonnement du ventre, la transformation du facies, l'apparition de la dyspnée, constatés dans la soirée quatre heures plus tôt que le vomissement? Nous n'avons pas vu le malade à ce moment, et il y a lieu de se demander si ces signes auraient suffi à décider l'intervention, si on n'avait pas attendu l'apparition du vomissemont. Péritonisme ou péritonite, voilà le problème qu'il fallait résoudre : peut-être n'était-ce pas impossible.

L'augmentation rapide du ballonnement survenant après cinquante-deux heures n'était guère en faveur du simple péritonisme : le schock péritonéal en effet et le ballonnement qu'il provoqua, s'atténuent à mesure que le moment de l'accident s'éloigne. Ce fut l'inverse dans notre cas. Aussi nous semble-t-il que si le ballonnement du ventre ne suffit pas pour distinguer péritonisme et péritonite, on devra prendre en grande considération sa persistance et surtout son augmentation pour établir le diagnostic différentiel.

Malheureusement, aucun chirurgien ne fut appelé auprès de notre malade. Le lendemain, M. Rochard eut à discuter l'utilité d'une intervention. Mais l'infection péritonéale datait de quinze heures au moins et la laparotomie avait, de ce fait, bien des chances de grossir le nombre des interventions inutiles, faites à une période aussi éloignée de l'apparition des premiers symptômes. Et surtout, le malade était si faible (pouls petit et irrégulier, refroidissement des extrémités) qu'il paraissait hors d'état de supporter une opération qui aurait été longue et difficile, ainsi que l'autopsie

---

plique-t-elle pas, si elle ne la justifie point, certaines tendances qui se font jour vers une transformation de notre profession ? Dans son ensemble, elle conserve et conservera longtemps le caractère de haute dignité qui en a toujours été la caractéristique. Mais par quelques côtés elle s'industrialise, elle se commercialise, si on veut bien me passer cette expression. Est-ce un bien? Est-ce un progrès? Faut-il s'en réjouir et l'encourager ; le supporter et l'accepter tout au moins? ou doit-on réagir contre cet esprit nouveau et lutter contre lui en faveur de la tradition?

La question est embarrassante et ne saurait être résolue à la légère. Elle est posée, en tous cas. C'est évidemment dans le but d'y apporter quelque éclaircissement qu'une Société médicale de province, celle de Charleroi, prenait récemment l'initiative d'un concours dont les conditions étaient ainsi formulées : « Faire l'étude des inconvénients « des annonces des médecins dans les journaux politiques, et ce au double point de vue « de l'intérêt des malades et de la correction professionnelle.

« Le concours est national, les travaux doivent être écrits en français. »

Ce n'est là qu'un point du sujet plus vaste que j'indiquais tout-à-l'heure, mais il a

l'a montré. L'abstention parut donc plus sage. Le malade mourut, du reste, cinq heures après la visite.

En résumé, cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue :

1° Production d'une hémorrhagie intrapéritonéale assez abondante sans qu'aucun signe clinique vint la révéler ;

2° Difficulté de dépister les signes précurseurs de la péritonite, et importance des caractères du ballonnement abdominal, comme signe différentiel entre le péritonisme et la péritonite ;

3° Elle démontre une fois de plus la nécessité d'intervenir le plus rapidement possible dans les cas de péritonite par perforation.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

On se rappelle les discussions qui ont eu lieu dans les dernières séances sur la *cystostomie suspubienne* ; M. Poncet (de Lyon) qui a attaché son nom à cette opération, ne pouvait manquer de prendre la parole sur cette question, et, mercredi dernier, à la Société de chirurgie, il nous a apporté les résultats immédiats et éloignés de sa pratique. Elle porte sur 63 cas, ce qui est, comme on le voit, considérable.

L'orateur ne s'occupe ni des tuberculeux, ni des cancéreux et limite son sujet aux prostatiques. Ceux-ci doivent être divisés, d'après lui, en deux catégories : 1° les aseptiques atteints seulement de rétention ; 2° les infectés, les empoisonnés urinaires. Il est bien entendu que cette distinction est plutôt théorique que pratique ; car, comme le fait remarquer M. Poncet, bien des malades sont à cheval sur des accidents mécaniques et des accidents infectieux.

Quoiqu'il en soit, la gravité de la cystostomie est variable. Elle est nulle, ainsi que la mortalité, quand on opère des aseptiques, et le chirurgien de Lyon nous cite 21 succès sur 21 interventions de ce genre. Il s'agissait de malades chez lesquels la sonde n'avait pu être passée et dans ces cas, ajoute M Poncet la cystostomie est tout indiquée. Il la trouve même su-

---

son importance. Est-il toutefois d'un si palpitant et si universel intérêt, qu'il y ait eu lieu de craindre que les médecins du monde entier ne voulussent briguer l'honneur de l'étudier et la Société de Charleroi a-t-elle voulu se prémunir contre une avalanche de mémoires venus de tous les points de la terre, écrits dans tous les dialectes connus et inconnus? La condition qui limite le concours à l'étendue du territoire de la République et impose aux concurrents l'usage de la langue française semblerait le faire croire. a précaution, si c'en est une, me paraît légèrement superflue, étant donnée l'autre mesure de prudence prise par la même Société pour s'éviter l'ennui de lire et d'apprécier un trop grand nombre de mémoires et de faire appel aux bons offices de traducteurs-jurés. Le prix proposé n'est pas de nature, en effet, à stimuler outre mesure la tiédeur des zèles, à réveiller les apathies qui somnolent.

Il y a deux facteurs de l'attrait des prix qui récompensent les vainqueurs des tournois scientifiques et littéraires: la valeur matérielle et la valeur morale. La première est toujours moins appréciée que la seconde ; je ne fais pas même exception pour les cas, d'ailleurs rarissimes, où les sommes allouées sont véritablement imposantes. Tout en

périeure à la sonde à demeure qui est, selon lui, une arme à double tranchant, et il la considère même comme moins grave que la ponction de la vessie, comparant ce qui se passe pour le réservoir urinaire à ce qu'on trouve dans la thérapeutique des kystes de l'ovaire, pour lesquels la laparotomie est moins dangereuse que les ponctions successives.

De ces 21 malades, 11 sont actuellement vivants, et cela depuis quatre ans et demi jusqu'à six mois et demi.

Les prostatiques infectés chez lesquels il a fait le méat sus-pubien, sont au nombre de 42, et dans ceux-ci il faut distinguer d'abord ceux atteints de septicémie suraiguë, chez lesquels la cystostomie ne donne pas de résultats ; mais il faut cependant la faire, car c'est la dernière ressource.

Quand la forme infectieuse est seulement aiguë, la cystostomie est absolument indiquée. Aussi, sur 14 malades présentant cette forme aiguë, M. Poncet n'a eu que 4 morts (première semaine) et ses 10 autres opérés ont eu une survie de sept mois à deux ans et demi.

Enfin, dans les formes chroniques, voici les résultats de M. Poncet : opérés, 24 ; morts dans les huit premiers jours, 7 ; malades ayant survécu moins d'un an, 10 ; malades en bonne santé au bout d'un an à deux ans et demi, 7. Il est certain, ajoute l'orateur, que les résultats seraient meilleurs si beaucoup de ces malades avaient été opérés à temps ; mais on sait qu'ils n'arrivent trouver le chirurgien qu'à la dernière limite.

M. Poncet étudie ensuite les résultats fonctionnels de la cystostomie et se demande d'abord ce que devient la miction chez ces prostatiques opérés. On a reproché à la cystostomie de créer des incontinents et par conséquent une infirmité comparable à celle de l'anus contre nature. La chose est évidente dans certains cas ; mais encore faut-il savoir que l'on fait à l'heure actuelle des urinals qui recueillent parfaitement les urines.

Du reste, il faut dire qu'il s'agit de la vie du malade, qu'ensuite certains prostatiques ne peuvent vivre qu'à la condition d'être incontinents, et que tous les cystostomisés ne perdent pas involontairement leur urine. Les uns sont absolument continents. M. Poncet en a rencontré 7 sur 42 ; d'autres sont des continents partiels (au nombre de 3 dans la statistique de M. Poncet), ils ne perdent leur urine qu'au moment d'un effort ou dans

---

rougissant de ne pouvoir point parler ici au nom de mon expérience personnelle, je ne mets pas en doute que les lauriers cueillis aux séances publiques des Académies sont plus recherchés pour eux mêmes que pour le lien d'or dont leur gerbe est nouée. Mais encore faut-il que le lien soit visible. Il devrait même, en bonne logique, être d'autant plus gros que la gerbe est moins lourde .... et voilà pourquoi, en lisant l'annonce de ce concours, je m'étonnais que les confrères excellemment intentionnés, à qui en revient l'initiative, aient cru devoir en exclure d'emblée toute une masse d'émules possibles sinon probables.

Les réflexions qui précèdent, je me serais bien gardé de les émettre avant l'heure fixée pour la clôture du concours. Il ne faut décourager personne. Aussi bien l'idée qui a guidé les médecins de Charleroi est de celles qu'il faut louer, car elle les honore grandement. Le souci de la dignité professionnelle qu'elle révèle porté chez eux à un haut degré est tout à leur éloge et nul ne souhaite plus que moi qu'ils aient, dans le nombre et la valeur des mémoires qui leur auront été adressés, une juste récompense de leur bonne pensée.

certaines situations. Enfin, la dernière catégorie comprend les incontinents complets (12 sur 42).

M. Poncet ajoute, en terminant, que sur 42 de ses opérés qui ont survécu, 12 fois la cystostomie n'a été que temporaire et que les fonctions normales se sont peu à peu rétablies.

M. Tuffier prend ensuite la parole pour défendre les conclusions émises par lui dans la dernière séance. Il constate les bons résultats de M. Poncet chez les aseptiques, mais croit que le cathétérisme peut faire aussi bien et défend la ponction hypogastrique qui, pour lui, est une opération bénigne. Les chiffres de M. Poncet, ajoute encore M. Tuffier, donnent une mortalité considérable chez les cystostomisés infectés ; il ne faut pas s'en prendre à l'opération, mais bien à la gravité de l'état des malades. Chez ces prostatiques dont l'infection est progressivement croissante, tout le monde est d'accord, la cystostomie doit être faite. Quant à la sonde à demeure, dit en terminant M. Tuffier, il ne faut pas trop dire qu'elle est une arme à double tranchant, car on est obligé d'y recourir quand on veut fermer le méat sus-pubien après la cystostomie

C'est le nom d'*opération de Poncet* qui doit être donné à la cystostomie sus-pubienne, ajoute M. Segond, qui montre que le chirurgien de Lyon en a tracé les véritables indications et il cite trois cas de sa pratique personnelle dans lesquels les résultats obtenus ont été merveilleux chez des prostatiques.

La discussion se termine par quelques mots de M. Poncet, qui répond qu'il n'a jamais dit que le cathétérisme n'était pas le traitement ordinaire du prostatisme ; mais qu'il n'était pas toujours suffisant, et c'est alors qu'intervient la cystostomie.

Quant aux ponctions hypogastriques, les premières peuvent être inoffensives ; mais quand elles se répètent, elles créent, comme la sonde à demeure, du reste, une porte d'entrée à l'infection.

La séance se termine par une communication de M. Chaput sur la *valeur du bouton de Murphy*. Nous donnons la lecture de M. Chaput, telle que nous la tenons de l'auteur, à cause de l'importance des chiffres qui y sont contenus :

Je ne sais si le travail couronné sera publié. C'est à désirer et j'aurais plaisir à en prendre connaissance. Il est bien probable, du reste, que le public médical sera mis au courant du rapport et des conclusions qui en découlent. Quand à penser que cela ait quelque influence sur l'évolution de nos mœurs et de nos habitudes, c'est une tout autre affaire et là dessus je m'avoue fort sceptique.

Chacun sait que le temps passé est toujours le bon temps, probablement parce que c'était celui de la jeunesse. Ceux à qui la vie a fait la faveur de leur donner le loisir de vieillir, sont aujourd'hui les mêmes louangeurs du temps jadis, qu'ils étaient à l'époque d'Horace. Seulement il y a ceci, qui devrait nous mettre en garde contre l'excès de nos admirations rétrospectives : c'est que toute période de la durée est le « jadis » d'une période à venir. Ce que nous avons trouvé si beau autrefois faisait hocher la tête et hausser les épaules à nos grands pères qui disaient alors, comme nous maintenant : « Vraiment, le monde va tout de travers ». Aussi, mis en garde par cette expérience tant de fois séculaire, j'hésite toujours à blamer le présent dont les écarts, peut-être plus apparents que réels, contiennent le germe des améliorations et des progrès futurs.

M. Chaput : On emploie, pour les opérations sur l'intestin, trois sortes de boutons, le petit qui mesure 21 millimètres de diamètre et 66 de circonférence ; le moyen : 25 millimètres de diamètre et 78,5 de circonférence ; le gros : 27 millimètres de diamètre et 85 de circonférence.

Ces dimensions sont notablement supérieures à celles de l'intestin vers sa terminaison. D'après MM. Chaput et Lenoble, l'intestin non insufflé mesurait dans huit cas : 41, 27, 27, 26, 45, 37, 27 millimètres de circonférence intérieure.

Après insufflation, on obtient les chiffres suivants : 100, 70, 73, 68 millimètres de circonférence intérieure. En déduisant la hauteur des valvules conniventes qui sont très souvent circulaires, on obtient les chiffres réels de 70, 48, 43, 38 millimètres.

Sans doute, l'intestin est très extensible, mais cette extensibilité a des limites. Toujours est-il que M. Chaput présente un calcul biliaire de 22 millimètres de diamètre qu'il a retiré de l'intestin d'une femme atteinte d'occlusion. Ce calcul avait un diamètre presque identique à celui du petit bouton.

Il a fait encore avec MM. Lenoble et Angehelesco 24 expériences sur le passage du petit bouton à travers l'intestin grêle ; ces auteurs ont trouvé 3 arrêts infranchissables, 6 passages très difficiles et 15 passages faciles. Ceci démontre combien il faut être prudent dans l'emploi de cet instrument.

Il a fait aussi sur le chien 8 opérations de Murphy avec le concours de M. Boulanger. Quatre animaux ont guéri, les quatre autres sont morts : deux de sphacèle, un de perforation intestinale ; chez le quatrième, l'intestin s'est dégagé du bouton.

M. le professeur Demons (de Bordeaux) a cité deux cas personnels de gastro-entérostomie par la méthode de Murphy ; on trouva à l'autopsie une péritonite purulente ; l'estomac était sphacelé et perforé.

Même accident est arrivé à Ziélewicz (de Posen) dans des conditions identiques.

Willy Meyer, après une résection du rectum, a vu tardivement les deux bouts non réunis se séparer l'un de l'autre : la malade mourut de péritonite.

M. Chaput a fait une fois l'opération de Murphy sur l'homme. Le malade mourut au bout de quarante-huit heures. On trouva à l'autopsie l'intestin très aminci, presque perforé au niveau du bouton.

La lumière de l'instrument était, en outre, oblitérée par un bouchon de matières fécales. Le bouton ne paraît cependant pas avoir causé la mort dans ce cas.

Ah ! il est certain que nous ne faisons plus la médecine comme on la faisait il y a cinquante ans. Le vieux docteur très solennel à la surface, si simple au fond, dont les caricaturistes seuls ont conservé le type démodé, n'existe plus. Je ne sais si l'on trouverait une assez petite ville et assez éloignée du courant de la civilisation actuelle pour y rencontrer, derrière les grands bocaux bleus ou rouges de quelque officine, un de ces praticiens dont le souvenir me hante qui, la rude journée finie, le dernier malade visité, s'en venaient causer des choses du métier avec le presque confrère qu'était le pharmacien. C'était la récréation, le délassement de chaque soir, ces entretiens dont les malades n'étaient pas sans tirer profit, car les prescriptions, alors, étaient formulées par le médecin et exécutées par le pharmacien et tous deux unissaient leurs efforts, mettaient en commun leur savoir, l'un pour mieux formuler, l'autre pour mieux préparer. Ces bonnes potions soigneusement faites, ces fins électuaires savamment triturés, ces mixtures combinées de concert, avec quel art ! valaient-elles les drogues que des industriels enveloppent dans des boîtes charmantes, cachettent en des flacons coquets, roulent en granules aux vives couleurs et qui se vendent comme un épicier vend de l'eau de Colo-

L'emploi du bouton est souvent impossible sur le gros intestin dont les appendices graisseux sont parfois très volumineux et empêchent une coaptation exacte des surfaces qu'on veut accoler.

Les bords du bouton sont trop étroits et ont tendance à perforer l'intestin.

Enfin, les crochets d'engrènement sont mal soudés et se détachent quand on stérilise l'instrument à une température élevée.

En résumé, en tenant compte des avantages et des inconvénients du bouton de Murphy, on arrive à cette conclusion que cet appareil est très ingénieux, qu'il abrège notablement la durée des opérations intestinales ; il les rend plus faciles et évite le rétrécissement tardif. Malheureusement son emploi n'est pas sans danger, son application réclame beaucoup de précautions et de prudence. Enfin, il est utile de lui faire subir un certain nombre de modifications pour en faire un instrument satisfaisant.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (1) (*Suite*)

Maladies du foie

MM. Roque et Devic ont vu se produire, pendant la période secondaire de la syphilis, un cas d'*ictère grave* mortel. La malade, âgée de 27 ans, avait eu un ictère émotif à l'âge de 11 ans, et cet ictère avait duré deux mois. Elle fut contagionnée en février 1894 par son mari et eut des plaques muqueuses, de la roséole. Il n'y eut pas de traitement, et au mois de juin survinrent de l'œdème des membres inférieurs avec de la lassitude, de l'anorexie ; on trouva un peu d'albumine dans l'urine puis tout disparut à la suite de l'institution du régime lacté. En juillet, l'œdème reparut, et bientôt il se produisit du météorisme abdominal et un peu d'ascite. Puis, après une perte rapide de forces, un ictère léger, une fièvre intense forcèrent la malade à entrer à l'hôpital. Les urines renfermaient de la bile, de l'urobiline, très peu d'urée, et la glycosurie alimentaire se produisait facilement. Les signes d'insuffisance hépatique s'accentuèrent rapidement et la malade succomba après une hémorrhagie intestinale abondante. A l'autopsie, on trouva un foie très petit avec une capsule plissée, pesant 640 grammes et couvert de bosselures. A la coupe, on voyait une grande quantité d'îlots jaunes, friables, séparés par un tissu de couleur chair, d'aspect fibrillaire. On se trouvait donc en présence d'une hépatite gommeuse généralisée survenue en pleine période secondaire, moins de cinq

(1) Voir *Union Médicale du* 15 Novembre 1894.

gne ? Plusieurs bons esprits ne le pensent pas, mais qu'ils aient tort ou raison, les choses n'en iront pas moins de la sorte désormais, et de plus en plus.

Le meilleur des anciennes coutumes c'est la communauté d'idées, d'intérêts, de sympathie qui finissait par s'établir entre tous ces braves gens, praticiens et clients ; c'est l'affection sincère qui les unissait souvent. Je me rappelle un fait bien simple que je veux vous dire parcequ'il est presque touchant. Un vieil officier de santé (il en était d'un réel mérite) soignait depuis de longues années tous les membres d'une nombreuse famille. Jeune, il avait été l'ami des grands parents ; âgé, il aimait comme les siens toute la bande blonde des petits enfants. L'un de ceux-ci souffrait de je ne sais quelle entérite dont rien ne venait à bout. Tout avait été essayé, tout, sauf l'extrait de ratanhia, que le bambin se refusait obstinément à avaler sous quelque artifice qu'on le dissimulât. En désespoir de cause, et convaincu que le succès serait au bout de ce médicament, le brave homme s'évertua, de complicité avec le pharmacien du lieu, à trouver un moyen de faire accepter la salutaire racine... et il le trouva. On le vit arriver un beau matin tout rayonnant, tout joyeux et tout fier, apportant lui-même à son petit

mois après le chancre. La localisation de la syphilis sur le foie est évidemment due à l'ictère émotif survenu 13 ans auparavant.

— Pour M. Glénard, souvent la douleur que la pression, chez certains malades, provoque à l'épigastre, ne se produit pas à l'estomac, mais au foie. En effet, normalement, le foie dépasse à l'épigastre le rebord des côtes de deux ou trois travers de doigt et il est possible, par le procédé du pouce, de démontrer que la limite inférieure de la zone épigastrique sensible à la pression est formée par le bord antérieur du lobe gauche du foie hypertrophié.

— M. Hanot a observé chez un homme atteint de cirrhose alcoolique des *varices lymphatiques* abdominales presque toutes transversales. L'ascite ayant due être ponctionnée, les varices s'affaissèrent puis disparurent; à leur place, il se développa des vergetures. M. Hanot a recueilli un deuxième cas analogue.

Maladies du cœur.

M. Huchard n'admet pas qu'il y ait une *hypertrophie cardiaque* de croissance. Pour lui, il s'agit tantôt de palpitations et de tachycardie prétuberculeuse, tantôt de palpitations et de tachycardies réflexes d'origine utérine ou d'origine stomacale, chez les collégiens, par exemple, qui mangent trop et trop vite. Très fréquemment, on croit à une hypertrophie, tandis qu'il n'y a qu'un abaissement du cœur dû à ce que ce dernier est trop à l'étroit dans une cavité thoracique, qui s'allonge outre mesure au moment de la puberté. Cette fausse hypertrophie peut devenir réelle, l'obstacle que la déformation thoracique oppose au cœur forçant ce dernier à lutter et à s'hypertrophier.

— M. Huchard a fait une seconde communication sur le *rétrécissement mitral chez les artério-scléreux*. Ce rétrécissement que l'on peut appeler sénile est peu accentué au point de vue des lésions ; il siège sur la grande valve et s'accompagne fréquemment d'un rétrécissement sous-aortique. Cliniquement, les signes physiques peuvent être nuls, la tachycardie, fréquente chez les artério-scléreux, ne permettant pas la production du souffle diastolique ; de plus, le bruit de galop dû à la sclérose d'origine rénale marque le roulement présystolique ; enfin, il n'y a plus de dédoublement de ce bruit, plus d'accentuation du deuxième bruit pulmonaire à gauche du sternum, car les tensions aortique et pulmonaire sont égales et les deux bruits diastoliques également retentissants. Par contre, les troubles fonctionnels sont extrêmement marqués : oppression notoire, arythmie souvent extrême, polyurie. La mort peut survenir par angine de poitrine.

---

malade une sorte de bonbon roussâtre, rappelant de loin l'aspect de la pâte de réglisse. C'était une pâte à la ratanhia inventée et faite toute exprès et qu'il sut faire désirer à l'enfant avec les cajoleries charmantes que sont celles des vieillards vis-à-vis des bébés...

Il est bien sûr qu'à cette époque là les annonces des médecins dans les journaux politiques étaient inconnues. Mais on ne connaissait pas non plus le sérum antidiphtérique et celui-ci vaut bien, n'est-ce pas, le sucre d'orge à la ratanhia?

Ah ! ce sérum ! qui l'eût dit ? le voilà devenu déjà — oui, déjà, — un brandon de discorde, une arme de combat au service des passions de partis ! Je sais une ville où la presse locale a déjà retenti des cris de guerre poussés à cette occasion. C'est une conséquence bien inattendue d'une belle découverte. Quelle plateforme électorale pour la prochaine législature ! Car, il n'en faut pas douter, les élections se feront là-dessus. La netteté avec laquelle la lutte commence à se dessiner le démontre jusqu'à l'évidence.

— M. Weber ne croit pas que la *sclérose du cœur* soit forcément une des maladies de l'inflammation. La sclérose dystrophique n'est pas inflammatoire, ce n'est pas une myocardite. Il y a d'abord ischémie d'origine artérielle, puis lésion du tissu musculaire qui disparaît et laisse se développer le tissu conjonctif. Quelquefois on trouve de nombreux leucocytes au niveau des foyers scléreux, mais ils peuvent apparaître par suite d'une infection microbienne surajoutée et méconnue.

— Les lésions des fibres musculaires cardiaques, a dit M. Bord, sont de plusieurs ordres. Elles vont jusqu'à la pigmentation segmentaire qui est peut-être une altération *post mortem*, mais est en tout cas préparée par des altérations *ante mortem*. Il s'agit toujours de lésions dégénératives, secondaires et dépendant soit d'intoxications, soit de troubles de la nutrition.

Pour les lésions du tissu conjonctif et des vaisseaux, on trouve tous les intermédiaires entre les abcès et les scléroses et on doit admettre des scléroses inflammatoires primitives, des scléroses inflammatoires d'origine artérielle et des scléroses dystrophiques. Il n'y a pas de scléroses dues à la stase. Il n'y a pas d'affection caractérisée anatomiquement par des lésions de la fibre cardiaque.

Pour M. Renout, il peut y avoir des maladies dues à des lésions de la fibre musculaire cardiaque ; il en est ainsi dans l'intoxication phosphorée, par exemple.

De son côté, M. Huchard admet la sclérose par stase.

— M. Pic a étudié deux cas de *malformation congénitale du cœur*.

Dans l'un, il y avait une petite perforation de la cloison intermusculaire par inocclusion du trou de Botal ; la cyanose était très marquée, mais rémittente, les doigts en massue, etc. Chez le second malade, il y avait absence de la cloison intermusculaire dans sa partie postérieure, l'artère pulmonaire était rétrécie par soudure des valves ; le sujet était mort de tuberculose sans avoir présenté de cyanose. Cette dernière manque, en effet, comme le mélange du sang lorsqu'il n'y a pas hypertrophie du cœur droit, ainsi que l'ont montré MM. Bord et Curtillet ; or, cette hypertrophie n'existait bien marquée que chez le premier malade.

— M. Colnat a fait des expériences dont il résulte que le deuxième bruit du *double souffle intermittent crural* est dû à une ondée rétrograde comme l'ont admis MM. Potain et Franck.

— L'*embryocardie*, d'après un travail de M. Gillet, n'est pas causé par une maladie univoque ; elle indique simplement la faiblesse du myocarde.

... « La municipalité toujours uniquement occupée de ses mesquins intérêts de coterie, devant lesquels s'effacent, pour ces messieurs de la mairie, les intérêts autrement sérieux cependant de notre chère et vaillante population, n'a pas encore songé aux mesures à prendre pour assurer aux enfants de nos familles ouvrières le bienfait du merveilleux remède. Son devoir était nettement tracé ; elle y a failli ; c'est un crime de lèse-humanité et de lèse-patrie. Les électeurs se souviendront ! ! ! » (Extrait du *Réveil de la Côte.*)

... « Le critique médical habituel du *Réveil de la Côte*, fidèle à ses habitudes de polémique, voudrait faire croire à nos concitoyens que l'édilité de leur choix aurait manqué aux devoirs de sollicitude éclairée qui, etc... Cette tactique n'aura pas le succès qu'on s'en promettait. Notre patriotique population sait de quelle officine partent ces attaques intéressées. Les électeurs ne s'y tromperont pas. » (Extrait de la *Revanche des Dunes.*)

Avouez que ces débuts nous promettent de bonnes heures de douce et innocente gaité.

— D'après M. Bernheim, le souffle présystolique de la base du cœur que l'on trouve parfois dans l'insuffisance aortique, est en réalité systolique; il s'appuie sur des détails de tracés auxquels M. Potain n'accorde pas la même signification.

— M. Josserand insiste sur la valeur dans le diagnostic précoce de la *péricardite* d'un bruit xnaɹəßuɐp éclatant perçu au foyer des bruits de l'artère pulmonaire. Souv. nt, alors, une auscultation attentive permet de découvrir un frottement qui avait d'abord échappé.

(A suivre)

COURRIER

Congrès français de chirurgie. — Dans sa séance du 24 octobre 1894, le Conseil d'administration a nommé, à l'unanimité, vice-président du conseil, M. le professeur Guyon, de l'Institut. (Art. 3 des statuts.)

Dans cette même séance, le Conseil a décidé que le prochain Congrès, fixé au mois d'octobre 1895 par l'Assemblée générale, commencerait le troisième lundi de ce mois.

Dans sa séance du 7 novembre, le Conseil a mis à l'ordre du jour du prochain Congrès les deux questions suivantes :

1° Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée) ;

2° De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (le crâne excepté).

Prix de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Les prix suivants pour 1893-1894 ont été décernés par la Faculté de médecine de Bordeaux aux élèves de l'Ecole principale du service de santé de la marine.

Prix de la Faculté : 2e année, M. Laffay, médaille d'argent et 100 francs de livres. — 3e année, MM. Degroote, médaille d'argent et 185 francs de livres ; Mathis, mention très honorable ; Chemin, mention honorable. — 4e année, M. Thibondeau, médaille d'argent et 185 francs de livres.

Prix Godard : MM. Lasnet et Ziégler, médaille de bronze *ex æquo*.

Diagnostic de la maladie du tsar Alexandre. — Le *Messager du Gouvernement* donne le diagnostic et le procès-verbal détaillé de l'autopsie d'Alexandre III ;

Diagnostic de la maladie de S. M. l'empereur Alexandre Alexandrowitch ayant amené le décès de Sa Majesté.

Néphrite interstitielle chronique suivie de lésion du cœur et des vaisseaux, infarctus hémorrhagique au poumon gauche suivi de pneumonie.

Signé le 21 octobre 1894 par MM. les professeurs Leyden et Zakharine, le chirurgien honoraire de la cour Hirsch, le professeur Popof et le chirurgien honoraire de la cour Véliaminof.

Contresigné par le ministre de la cour impériale, comte Vorontsof-Dachkof.

Suit le détail complet de l'autopsie, trop long pour que nous le donnions, mais qui montre les lésions de la néphrite interstitielle.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène. — II. Revue de la presse étrangère. — III. Congrès français de médecine interne. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — V. Le stage dans les hôpitaux de Paris. — VI. Courrier.

HYGIÈNE

L'éclairage moderne *(suite et fin.)*

Dans un précédent article (1), nous avons passé en revue les modes d'éclairage les plus usités, en faisant remarquer qu'ils ne répondent plus aux exigences de notre époque. Il nous reste à exposer les derniers perfectionnements qui y ont été apportés et à les comparer à la lumière électrique dont nous avons affirmé déjà la supériorité.

L'éclairage par la flamme du gaz n'avait trouvé jusqu'ici d'autre moyen pour renforcer son éclat que de multiplier ses becs et d'y rendre la combustion aussi complète que possible; mais cet accroissement de lumière ne s'obtenait qu'au prix d'une augmentation de chaleur considérable et d'un surcroît de dépense proportionnel à la consommation. Les physiciens se sont mis à la recherche des moyens d'accroître la luminosité sans autant de dépense et c'est alors qu'ils ont imaginé l'*éclairage par incandescence.*

Il repose sur le principe suivant : Les gaz enflammés sont peu lumineux par eux-mêmes, ainsi qu'on peut en juger en examinant la flamme de l'hydrogène pur qui est très chaude mais très peu éclairante. Pour qu'une flamme ait de l'éclat, il faut qu'elle contienne des particules solides portées à l'incandescence. On le démontre en insufflant de la limaille de fer réduite en poudre dans une flamme d'hydrogène. Ces parcelles deviennent incandescentes et la flamme acquiert à l'instant un vif éclat. Il s'agissait d'utiliser cette propriété pour augmenter le pouvoir éclairant de la flamme du gaz.

On a d'abord eu recours au magnésium. Ce métal fond vers 410° et s'enflamme à une température un peu supérieure, en produisant une très vive lumière. On a construit des lampes dans lesquelles le magnésium en poudre très fine tombe par un tube d'un diamètre convenable dans une flamme de gaz. Cette lumière est très brillante, mais le prix du magnésium est trop élevé pour que ce mode d'éclairage puisse se généraliser et on se borne à l'utiliser pour la photographie. La grande puissance photogénique de cette flamme la rend précieuse pour prendre des vues instantanées dans les milieux obscurs.

La *lumière Drummond* s'est rapprochée davantage du but. Elle repose sur le même principe, mais de plus elle remplace l'air par l'oxygène. C'est, en somme, l'application du chalumeau oxyhydrique à l'éclairage. En projetant sa flamme sur un bloc de chaux, on le porte à l'incandescence et il devient une source de lumière blanche très éclatante. Pour obtenir la *lumière Drummond*, en remplace l'hydrogène des laboratoires par le gaz d'éclairage et on fait porter le bâton de chaux par une pince qui permet de l'approcher de la flamme à la distance voulue.

Ce procédé a été mis à l'essai en 1869, sur le boulevard des Italiens.

(1) *Union médicale* du 6 novembre 1894.

L'éclairement fut jugé suffisant, la teinte acceptable quoique bleuâtre ; mais les points lumineux étaient de trop petite dimension et produisaient des ombres dures. Le procédé ne fut pas trouvé pratique à cause du prix élevé de l'oxygène et de la nécessité d'établir une double canalisation. L'essai n'a pas eu de suites (1).

Le bec Auër a beaucoup plus de succès surtout pour les appartements.

Il se compose d'un bec circulaire où le gaz brûle à bleu par suite de l'introduction de l'air à la pression ordinaire. Cette flamme peu visible, mais très chaude est surmontée d'une chape conique supportée par un cercle métallique, fixé au bec lui-même par une tige verticale. Cette chape est constituée par un tissu de coton à trame très lâche qui a été plongée dans une solution saturée d'oxalate de zircone et desséchée ensuite. Lorsqu'on allume le gaz, ce qui, pour le dire en passant, réclame quelques précautions, la flamme détruit la trame de coton, réduit l'oxalate et il ne reste plus que la zircone conservant la forme de la chape et constituant une toile si légère, si peu consistante que le moindre attouchement la fait tomber en poussière. C'est cette trame qui, portée à l'incandescence par la flamme du gaz répand la lumière éclatante particulière à ce système.

Le bec Aüer est très avantageux au point de vue de la consommation du gaz, ainsi que le prouve le tableau suivant que nous empruntons à M. Gariel :

	Consomm. de gaz par heure	POUVOIR ÉCLAIRANT		CONSOMMATION par bougie	
		horizont.	à 45°	horizont.	à 45°
Brûleur à double courant....	239	21,9	19,4	10l. 9	12l. 4
Brûleur Siemens n° 3........	460	65,3	46,9	7 05	9 75
Brûleur Wenham............	256	28,4	44,5	8 77	5 77
Brûleur Auer................	100	14,4	10,5	6 60	9 88

Dans ce tableau, le pouvoir éclairant a été déterminé dans le plan horizontal passant par la flamme et dans une direction inclinée à 45° au-dessus de ce plan.

Le bec Aüer a encore un autre avantage, c'est que, tout en répandant une lumière éclatante, il dégage moins de chaleur que les brûleurs ordinaires à éclairement égal.

On lui a reproché de dégager de l'oxyde de carbone dans les appartements. M. N. Gréhant a institué, pour vérifier le fait, des expériences dont il a rendu compte à l'Académie des sciences. Dans une première communication, il annonçait en avoir trouvé des traces dans les produits de la combustion de cet appareil. Il estimait la quantité contenue à 1/4300 environ ; mais de nouvelles recherches, dont il a communiqué le résultat à l'Académie le 30 juillet dernier, lui ont prouvé que la quantité d'oxyde de carbone répandue par le bec Aüer dans une atmosphère confinée, n'est pas suffisante pour que ce gaz puisse être fixé par le sang. Il n'y a donc pas d'accidents d'intoxication possible.

L'avantage qu'a le bec Aüer de produire moins de chaleur que les becs ordinaires à éclairement égal est considérable. L'élévation de la température est, en effet, le plus grand inconvénient de l'éclairage par les flammes.

(1) Gariel. Eclairage des villes. (*Encyclopédie d'hygiène*, t. IV, p. 256.)

Il est commun à tous les systèmes qui procèdent de la combustion ; mais le gaz, en raison de l'intensité même de la lumière, répand plus de chaleur que les autres. Chaque litre de gaz en brûlant produit environ 5 calories. Un bec bougie qui brûle 200 litres à l'heure en dégage 1000, un bec Aüer qui en brûle 100 litres en dégage au moins 500, seulement il éclaire davantage.

Quoiqu'il en soit, la chaleur que l'éclairage au gaz produit dans les théâtres, dans les salles de bal, de concert, etc , nous paraît insupportable aujourd'hui que nous avons pu apprécier la fraîcheur relative de ces mêmes locaux lorsqu'ils sont éclairés à l'électricité.

Le gaz, comme les autres modes d'éclairage par la flamme, a de plus l'inconvénient de vicier l'air, en absorbant l'oxygène, en dégageant de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau. Il répand de plus dans l'atmosphère du carbone non brûlé, de l'azote des traces d'acides azotique et sulfurique et de cyanure d'ammonium. Quant à l'oxyde de carbone, il est complètement brûlé dans les appareils bien construits. Ces produits de combustion ne peuvent pas s'accumuler impunément dans un espace clos, il faut qu'ils soient évacués et que les becs soient ventilés, ce qui constitue une complication nouvelle. Il faut enfin tenir compte de la fréquence des fuites de gaz qui donnent parfois lieu à des intoxications, à des explosions et à des incendies.

2° *Eclairage par l'électricité.* — Les premiers essais de lumière électrique ont été faits par Davy, au commencement du siècle et, pendant longtemps, ils ont été du domaine exclusif des cours de physique. Puis on y a eu recours pour éclairer, pendant la nuit, les grands travaux d'utilité publique. Enfin, les appareils s'étant perfectionnés peu à peu, on les a employés pour l'éclairage des villes. Cette généralisation a été rendue possible par la substitution des machines magnéto-électriques de Gramme, aux piles de Bunsen et par l'invention des bougies fonctionnant mieux comme électrodes que les cylindres de charbon réfractaire que Léon Foucault avait substitués aux cônes de charbon de bois de Davy.

Les crayons Carré ont fait naître les bougies Jablochkoff, qui sont en usage depuis 1876, et ont fait adopter la lumière produite par *l'arc voltaïque*, développé entre les pointes de leurs deux électrodes. Cette lumière, éclatante, un peu violette, ne convient qu'aux larges espaces, à l'éclairage des rues, des places, des gares de chemins de fer, des ateliers.

Pour employer l'électricité à l'éclairage domestique, il fallait arriver à produire de petits foyers peu dispendieux. C'est en cherchant la divisibilité de cette lumière qu'Edison a trouvé les *lampes à incandescence*. Elles reposent sur la propriété qu'ont les conducteurs de s'échauffer jusqu'à l'incandescence quand ils sont traversés par un courant électrique d'une intensité considérable. Le conducteur qu'on emploie est un filament de coton ou de fibre végétale carbonisé. Il brûlerait et disparaîtrait en un instant, sous l'influence du courant, s'il était dans l'air ; mais on l'enferme dans une ampoule de verre dans laquelle on fait le vide. Ses deux extrémités sont fixées à deux fils de platine qui traversent le verre et se relient aux conducteurs dans lesquels circule le courant.

La lumière produite par les lampes à incandescence est douce au regard et ne vacille pas. Elle peut se fractionner à volonté. Les plus petites lampes ont une intensité lumineuse égale à 8, 12 ou 16 bougies. On en fabrique

aujourd'hui qui vont de 50 à 500 bougies. Quand elles sont bien faites, elles marchent pendant 600 à 1,000 heures sans que le filament soit usé. Ce mode d'éclairage s'est répandu rapidement. Aujourd'hui, l'électricité se produit industriellement au moyen de *dynamos* mus par la vapeur ou par des moteurs hydrauliques situés parfois à de grandes distances. Beaucoup de villes de France exploitent déjà pour s'éclairer la force motrice de cours d'eaux situés à 15 ou 20 kilomètres. Rome est éclairée depuis près de deux ans à l'électricité par des machines que fait mouvoir la chute d'eau de la cascade de Tivoli, qui tombe de 50 mètres. Elle fait marcher six *dynamos* produisant un courant alternatif de 5,000 volts. La igne électrique est longue de 25 kilomètres.

Quel que soit le moteur, les torrents de fluide produits par les usines sont amenés par des conducteurs isolés jusqu'aux appareils qu'ils actionnent et alimentent à volonté des bougies Jablochkoff ou des lampes à incandescence.

La lumière électrique est d'une intensité extrême. Les lampes Edison qui ont remplacé les becs de gaz ont un pouvoir éclairant cent fois plus fort qu'eux. Leur lumière est de même nature, tandis que celle produite par l'arc voltaïque ressemble à la lumière solaire et permet, comme elle, d'apprécier les nuances les plus délicates des couleurs, tandis qu'à la clarté des flammes, on confond facilement le bleu et le vert, le blanc et le jaune.

La lumière électrique produit beaucoup moins de chaleur et ne vicie pas l'air. Tyndall a prouvé que les rayons obscurs sont trois fois moins abondants que dans la lumière du gaz. Renk a constaté qu'une lampe de Swan, de 17 bougies, plongée dans 9 litres d'eau à 5°2, en élève la température de 7 degrés en 30 minutes, ce qui correspond à 42 calories par heure, tandis que, dans le même laps de temps, un bec de gaz Argand en aurait produit 980, c'est-à-dire 23 fois plus.

La viciation de l'air est presque nulle avec l'arc voltaïque, puisqu'une lampe Jablochkoff de 100 carcels ne brûle, par heure, que 5 centimètres de charbon, pesant environ 12 grammes et produisant par conséquent 44 gr. d'acide carbonique, quantité insignifiante. Quant aux lampes à incandescence, elles sont absolument incapables de vicier l'atmosphère, puisque la lumière se produit dans des globes hermétiquement clos et vides d'air.

La lumière électrique a pourtant quelques inconvénients. Son éclat éblouissant blesse parfois la vue, et les personnes dont les yeux sont très sensibles ont peine à supporter l'éclairage un peu trop intense des théâtres. Toutefois, on n'a signalé de troubles de quelqu'importance que chez les personnes que leur profession expose directement à l'action des grands foyers lumineux, comme ceux dont on se sert à bord des navires de guerre. Les premiers cas d'ophthalmie produits de cette façon, ont été observés en 1878 et en 1879, par le docteur E. Rochard, à bord du vaisseau le *Suffren*, sur des officiers chargés de faire fonctionner le régulateur de l'appareil. Depuis cette époque, on en a vu d'autres, et le docteur Terrier en a fait l'objet d'un travail inséré dans les *Archives d'ophtalmologie*.

Je ne dirai rien du coup de soleil électrique observé par le docteur Desfontaines, au Creuzot, dans le cours d'expériences sur la soudure directe de l'acier, faites avec un appareil dont l'intensité lumineuse était égale à 10,000 lampes Carcel au moins, parce que ce petit incident pathologique n'a rien à revoir avec la question dont je m'occupe ; je ne parlerai pas des chance

d'incendie, parce qu'ils deviennent de plus en plus rares, à mesure qu'on prend plus de précautions pour l'isolement des conducteurs. Il en est de même des accidents de fulguration sur lesquels je ne reviendrai pas, parce que j'en ai très longuement parlé dans un de mes précédents articles (1).

Ces petits côtés de la question ne méritent pas qu'on s'y arrête. L'éclairage électrique est une des grandes conquêtes de notre siècle ; il se répand aujourd'hui partout et c'est véritablement l'éclairage de l'avenir.

Jules ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF

Les journaux anglais et américains de ces derniers mois contiennent plusieurs observations intéressantes d'*opérations sur le tube digestif* que nous grouperons ici.

Voici tout d'abord un cas de *perforation de l'estomac, consécutive à un ulcère rond, traitée avec succès par la laparotomie* qu'il nous semble utile de rapprocher de celui communiqué par M. Michaux au Congrès Français de chirurgie, tenu à Lyon. Cette observation fut présentée par le Dr Morse à la Société médico-chirurgicale de Londres (*Lancet*, 17 mars 1894).

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans présentant les symptômes de l'ulcère rond de l'estomac, et qui fut subitement prise d'une violente douleur abdominale, de collapsus et de vomissements. La douleur brûlante qu'elle ressentait débuta à la région de l'estomac et s'étendit graduellement à tout l'abdomen. La laparotomie fut pratiquée presque cinq heures après le début des accidents ; on trouva le contenu stomacal dans le péritoine. L'estomac fut attiré dans la plaie et on trouva une perforation de la face antérieure au voisinage du cardia (comme dans le cas de M. Michaux). On lava l'estomac et on ferma la perforation par des sutures de Lembert : l'estomac remis en place on pratiqua un lavage du péritoine et on ferma la plaie abdominale. On mit le malade à la diète absolue pendant soixante heures, et, au bout de trois semaines, la guérison était parfaite. C'était le premier cas de guérison connu par le docteur Morse jusqu'à cette époque, en Angleterre du moins, quoique des observations eussent été publiées par les docteurs Penrose et Dickson, Gilord, Barling et Warrington Haward.

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Barwell dit qu'il s'était beaucoup intéressé à cette question et qu'il avait pu en réunir vingt-cinq cas en tout ; depuis lors, il avait encore entendu parler de quatre autres cas. Un cas doit être éliminé, car il s'agissait d'un abcès limité qui fut incisé et drainé. Cet abcès était certainement dû à un ulcère de l'estomac quoique la perforation stomacale fût déjà refermée au moment de l'opération. Dans un cas, publié à l'étranger, on ouvrit le ventre de l'ombilic à l'appendice xyphoïde sans pouvoir trouver la perforation : on sectionna alors le grand droit de l'abdomen à droite, on perfora l'épiploon gastro-hepatique et on inspecta en vain la face postérieure de l'organe ; on sectionna alors le grand droit du côté gauche et on trouva enfin un orifice du volume d'un pois siègeant sur la face antérieure au voisinage de la petite courbure et du cardia. Le malade se rétablit lentement, la guérison étant entravée par un abcès sous-phrénique, une pleurésie purulente et un abcès du poumon.

Des cas publiés, on peut tirer certains renseignements importants pour la pratique. L'opération doit être pratiquée aussitôt que possible après l'accident. Le lieu le plus favorable pour l'incision est un peu à gauche de la ligne médiane, car la perforation de

(1) *Union médicale* du 29 mai 1894, n° 60, p. 709.

l'estomac a son siège d'élection au voisinage du cardia. Il faut ensuite examiner avec grand soin toute la paroi antérieure de l'estomac ; en effet, quoique l'ulcère siège plus communément sur la face postérieure, la perforation y est habituellement graduelle et donne lieu à la formation d'un abcès. Quand il y a des gaz libres dans le péritoine on peut sentir un thrill particulier, dû à des vibrations rapides, et la matité hépatique disparait aussi souvent subitement. La perforation peut facilement être dissimulée par une contracture de l'estomac après évacuation de son contenu. Si on est obligé d'opérer plus tard, le meilleur guide pour trouver la perforation est le point où l'exsudat et la péritonite sont à leur maximum. Dans quatre cas la perforation a passé inaperçue, cachée qu'elle était par l'exsudat. Enfin, s'il était impossible de trouver la perforation, on pourrait peut-être faire boire au malade du café ou une solution de bleu de mithyle. Barwlel n'est pas d'avis de réséquer les ulcères, car ils guérissent tout aussi bien quand ils sont enfouis sous une suture (comme dans le cas de M. Michaux). Un lavage soigneux de l'estomac pratiqué par l'orifice de perforation, présenterait de grands avantages suivant lui.

Il est sage d'éviter les solutions antiseptiques dans le lavage du péritoine, car si elles sont assez fortes pour être germicides, elles irritent le péritoine ou empoisonnent le malade, si elles sont faibles, leur emploi est futile. Quant à lui, il fait usage d'eau distillée à la température de 112° Fahrenheit, ce qui constitue en même temps le meilleur moyen de combattre le collapsus.

M. Warrington Haward insiste également sur ce fait que les perforations subites avec peritonite généralisée sont presque toujours liées à des ulcères de la face antérieure, ceux de la face postérieure contractant presque toujours des adhérences. La nécessité d'une action prompte dans ces cas est très grande, car la gravité croît avec la durée de l'expectation. Non seulement le collapsus devient plus profond, mais on court des risques plus grands de pleurésie diaphragmatique ou de pleuro-pneumonie, par suite de l'absorption du contenu gastrique par les lymphatiques du diaphragme.

Quoique les symptômes soient habituellement bien dessinés, le diagnostic n'est pas toujours facile. L'incision sur la ligne médiane lui semble encore préférable, puisque la perforation peut occuper n'importe quel point de la face antérieure. Du moment que l'on ferme l'ulcère par la suture, il ne voit pas l'avantage qu'il y a à laver l'estomac, mais attache une grande importance à un lavage soigneux du péritoine. Il se peut bien que l'eau chaude soit le mieux pour cela, étant peut-être, ainsi qu'on l'a dit, utile pour combattre le collapsus.

M. Page rappelle quelques cas : dans sa première observation, l'opération eut lieu quarante heures après production de la perforation ; la suture fut soigneusement faite, mais l'envahissement du péritoine par l'inflammation était trop avancé pour permettre un nettoyage efficace. Dans le deuxième cas, l'opération eut lieu 8 heures après la perforation et il ouvrit le ventre au niveau du foyer initial de la douleur. L'ulcère perforé siégeait au voisinage du cardia et si profondément qu'il lui fut impossible de fermer l'orifice ; le malade ne vécut que quelques heures et on put s'assurer que de l'extravasation s'était produite. Dans le troisième cas, il fut décidé, après consultation, de remettre l'opération, car il y avait des signes de péritonite purement localisée. Au bout de quatre jours, on ouvrit et draina un abcès contenant des débris alimentaires. Plus tard, on trouva un exsudat considérable entre l'estomac et le diaphragme, en même temps qu'un deuxième ulcère sur le point de se perforer, siégeant sur la paroi postérieure. Dans un cas où son collègue le docteur Pepper avait pratiqué le lavage de l'estomac, il en était résulté de grandes difficultés.

Le docteur Maclaren (de Glascow) lui avait envoyé des détails sur trois cas d'ulcère rond de l'estomac, traités par laparotomie, avec une guérison. Dans le promier cas, la

perforation s'était produite un peu moins de douze heures auparavant et il y avait un collapsus profond; le malade mourut trois jours plus tard de péritonite. Dans le deuxième cas, la perforation s'était produite neuf heures auparavant, et le malade guérit. Dans le troisième cas, la perforation datait de quatre heures et le malade succomba au bout de trois jours à une péritonite suppurée. Le docteur Maclaren attribue ses deux insuccès à un lavage imparfait du péritoine.

Non moins intéressant que ces cas nous semble celui que le docteur Thomas publie dans le *British medical* journal du 23 juin 1894. Il s'agit d'une *rupture de l'intestin par choc sur l'abdomen, guérie par la suture de l'intestin.* Le malade, âgé de 55 ans, avait reçu un coup sur le ventre, à la suite duquel des vomissements et une douleur persistante s'étaient montrés. Lorsqu'il fut amené à l'hôpital, le malade pouvait marcher seul, son pouls était fort et marquait 80 à la minute.

L'opération eut lieu de suite; l'incision abdominale donna issue à plus d'une pinte de sérosité putride; des recherches soigneuses montrèrent une perforation de l'iléon à travers laquelle coulaient des matières fécales fluides. Cette rupture fut fermée par une double rangée de sutures de Lembert Le péritoine fut largement lavé avec une solution à 1 p. 100 d'acide phénique et la plaie de l'abdomen suturée. La guérison se fit sans incident.

Pour rester dans le domaine de la chirurgie du tube digestif, nous rapprocherons de ces observations celle publiée par Borocz dans le numéro du 7 juillet du *Centralblatt für chirurgie.* Il s'agit d'une *iléo-colostomie faite avec succès par la méthode de Senn* et présentant cette particularité qu'on tailla les plaques anastomatiques dans un choux-rave.

Un jeune homme de 19 ans se présente avec une tumeur du volume d'un œuf de poule dans la région cœcale et ses antécédents firent diagnostiquer une inflammation chronique du cœcum avec péritonite adhésive. La tumeur causait des symptômes d'obstruction, en même temps qu'une altération de la santé générale; on essaya de l'enlever. On trouva alors que la tumeur siégeait au niveau du cœcum dans lequel l'iléon s'était invaginé. On appliqua deux clamps sur l'intestin, puis on le sectionna, on rebroussa chaque extrémité dans sa lumière et on la ferma séparément par la suture. On s'attaqua alors à la tumeur, mais elle présentait tant d'adhérences qu'on dut prendre le parti de la laisser dans le ventre, et on procéda à l'entéro-anastomose. On se servit pour cela de plaques de Senn fraîchement préparées dans deux tranches de choux-rave (Kohlrübe) et on procéda exactement comme dans la méthode de Senn, sauf que l'on fit un surjet sur le péritoine en arrière des plaques, unissant les deux anses intestinales en ce point avant de fixer les plaques et après leur fixation, ce surjet fut continué aux deux extrémités et en avant des surfaces mises en contact par les plaques. On recouvrit alors le foyer opératoire avec le grand épiploon et on fit la toilette du péritoine avec de la gaze stérilisée. L'opération dura deux heures et le malade se trouvait dans un collapsus marqué quand elle fut terminée; il guérit bien néanmoins et fut revu onze mois plus tard en bonne santé, la tumeur cœcale ayant complètement disparu.

Nous ferons remarquer l'absurdité qu'il y a à allonger inutilement une opération comme on le fit dans ce cas, et non impunément comme en témoigna le collapsus profond du malade; pour quiconque a pratiqué expérimentalement la méthode de Senn, cette suture paraîtra, en effet, une dangereuse superfétation faisant perdre à la méthode son principal avantage à sa rapidité d'exécution.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE (*suite et fin*) (1)

MALADIES NERVEUSES

M. Lannois divise les *chorées arythmiques* en trois groupes principaux :

a) La chorée de Sydenham proprement dite, qui est la mieux connue et pour laquelle on admet plusieurs variétés : chorée vulgaire ; chorée paralytique ou chorée molle, où prédominent les symptômes paralytiques ; chorée de la grossesse, caractérisée par une particularité étiologique ; chorée des vieillards, dont quelques cas ont été publiés, mais qui doit être fort rare ;

b) Les chorées chroniques progressives avec deux variétés : chorée héréditaire, ou l'hérédité similaire joue un rôle prépondérant, où la marche est fatalement progressive et où les phénomènes psychiques sont souvent très accusés ; chorée chronique progressive sans hérédité, dont on a publié un certain nombre de cas probants. Le trait commun de ces deux groupes, c'est qu'il n'existe pas de lésions grossières, mais seulement des altérations histologiques légères, permanentes dans un cas, passagères dans l'autre. C'est ce qui les distingue du troisième groupe, dans lequel on trouve des lésions macroscopiques évidentes :

c) Les chorées symptomatiques avec leurs variétés : l'hémichorée et l'hémiathétose symptomatiques, trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister ; les chorées symptomatiques généralisées, qui ne sont qu'une extension de la forme précédente et s'observent dans les lésions cérébrales plus ou moins diffuses : la paralysie générale, les hématomes et les tumeurs de la dure-mère, les traumatismes craniens, etc.; la chorée congénitale et l'athétose double, qu'on ne peut séparer l'une de l'autre, qui s'accompagnent de rigidité spasmodique et doivent être considérées comme un phénomène surajouté à la symptomatologie des diplégies cérébrales

M. Destarac a observé un cas de *paralysie pseudo-hypertrophique* chez un vieillard de 68 ans. Ce type sénile diffère par quelques points du type juvénile de Lob ; mais cependant la marche et le mode de début de la maladie, la réaction de dégénérescence permettent d'affirmer le diagnostic.

M. Pic a étudié trois cas de *diplégie cérébrale*. Dans le premier cas, il y a une athétose généralisée, dans le second de l'athétose des membres inférieurs avec une paralysie spastique, dans le troisième une paralysie spasmodique typique des membres inférieurs avec des mouvements athétoïdes et de la raideur musculaire du côté des membres supérieurs.

M. Pauly a recueilli trois observations de *spasmes fonctionnels du cou*. L'un des malades, neurasthénique, fait facilement cesser son spasme du sterno-mastoïdien et du trapèze droits en apposant un doigt sur le menton ; il s'agit là d'un torticolis mental Chez les deux autres malades, le spasme coïncidait avec un goitre et on peut admettre une compression des fibres du pneumogastrique contenues dans le récurrent, compression qui est le point de départ d'un reflexe dont la voie centrifuge est le spinal.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Weil apporte des faits qui montrent que la *coqueluche* n'est contagieuse qu'à la première période ; à l'hôpital, la maladie ne se communique pas et on sait qu'il ne s'y trouve que des coquelucheux à la période de maturité ; en ville, les enfants à la période de début sont souvent en contact avec d'autres enfants et fréquemment on voit ces derniers prendre la coqueluche. Il s'ensuivrait que la contagiosité de la coqueluche comme celle de la rougeole, n'existe qu'au début.

— Il est actuellement bien difficile de fixer exactement les points respectifs de l'héré-

(1) Voir *Union médicale* du 17 novembre 1894.

dité et de la contagion dans le développement de la tuberculose. D'après 300 observations recueillies par M. Mayet, 71 pour 100 des phtisiques seraient héréditaires, directement ou indirectement.

M. Paviot a recueilli un cas très intéressant de *pneumothorax* développé à la suite de l'ouverture dans la plèvre d'un foyer ulcéreux de pneumonie chronique fibroïde. Il existait sept foyers de ce genre, véritables territoires nécrobiosés, dus à des oblitérations artérielles. Au voisinage des ulcères on trouvait, en effet, une endartérite oblitérante complète de toutes les artères et artérioles.

M. Mollière a employé la pilocarpine à l'extérieur contre les *néphrites*. Il conseille la formule suivante :

Vaseline.	100 grammes
Nitrate de pilocarpine. . . .	5 à 10 centigrammes

Après application de la pommade, on recouvre soigneusement. Il se produit de la diaphorèse et de la diurèse. Ce mode de traitement, qui est utile dans toutes les espèces de néphrite est seulement contre-indiqué dans l'urémie. Le pilocarpine en frictions n'est pas absorbée, mais elle provoque un réflexe médullaire donnant la dilatation des vaisseaux du rein.

— D'après M. Garel, au début du diabète ou de l'albuminurie, on observe souvent un état particulier de la gorge, une gêne, des tiraillements au niveau du cou, de la difficulté dans la déglutition. A l'examen du pharynx, on constate de la rougeur des piliers et de la partie postérieure de la gorge ; la muqueuse rouge et tuméfiée est recouverte de mucus visqueux. En examinant les urines, on trouve presque toujours du sucre ou de l'albumine.

— Dans l'*ascite cancéreuse*, on trouve de grosses cellules mono ou polynucléaires, contenant des globes de substance claire qui existent aussi dans la lymphe péritonéale normale, mais en bien moins grand nombre. Ces cellules ont été nommées physaliftormes par Virchow ; M. Cl. Regaud les regarde comme une phase de l'évolution d'autres cellules d'apparence épithéliale ou endothéliale, sphériques, très abondantes dans l'ascite cancéreuse.

— M. A. Destot admet que les sels de plomb donnés à petites doses sont utiles dans la phtisie ; ils provoquent une dystrophie acide très défavorable au bacille de Koch.

ACADEMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 novembre. — Présidence de M. Ferrand

Il existe une complication de l'appendicite sur laquelle les auteurs classiques insistent peu ; c'est l'infection du foie. Il s'agit là d'une infection tout à fait semblable à celle qui tire son origine de lésions affectant les autres organes tributaires de la veine porte ; ses modalités anatomiques comportent deux éléments essentiels : la pyléphlébite et les abcès du foie. La fréquence de cette complication n'est pas extrême, mais elle est très difficile à reconnaître. En outre, elle comporte un pronostic grave, tout d'abord parce qu'une fois constituée, elle n'est plus guère accessible à une intervention chirurgicale.

Telles sont les remarques qu'a inspirées à M. Achard l'examen d'un cas *d'abcès aréolaire du foie, consécutif à une appendicite perforante.* Un jeune homme de 18 ans entre à l'hôpital avec des signes de péritonite généralisée peu intense ; la cause de ces accidents semblait être une appendicite ; sous l'hypocondre droit on sentait une masse dure, assez volumineuse, douloureuse, que M. Achard pensait due à la périhépatite. Une

ponction à ce niveau permit de reconnaître avec du sang quelques grumeaux de pus contenant le coli bacille à l'état pur. Le malade mourut bientôt après.

On trouva à l'autopsie une péritonite généralisée et un foyer gangréneux péri-cœcal consécutif à une perforation de l'appendice. Le foie présentait, en outre, cette variété d'abcès connue sous le nom d'abcès aréolaires et qui a été bien décrite par M. Chauffard. Il y avait, en outre, de la pyléphlébite. Le système sus-hépatique et l'appareil biliaire étaient respectés.

Donc, si les abcès du foie reconnaissent dans certains cas une origine biliaire, si dans d'autres cas l'origine est dans les veines sus-hépatiques, le système porte peut aussi être la voie de l'infection.

Quant à la gravité de l'appendicite, elle ne semble jouer aucun rôle ; en outre, l'état antérieur du foie semble peu important, puisque ce sont souvent des sujets jeunes, quelquefois des enfants, qui présentent cette complication grave.

M. Achard émet une hypothèse ingénieuse, que justifient les données nouvelles que la notion des infections d'origine gastro-intestinale a introduites dans la pathogénie des cirrhoses. Ne peut-on se demander, dit M. Achard, si l'infection du foie ne se traduit, dans bien des cas, non plus par les phénomènes bruyants d'une suppuration, mais par l'évolution sourde et insidieuse d'un processus scléreux ?

La conclusion pratique de cette intéressente communication est qu'il faut penser à ces complications hépatiques de l'appendicité, et que l'intervention chirurgicale est indiquée toutes les fois que l'on peut en prévoir le développement.

Ce qui, entre autres choses, est à bien remarquer, c'est que les complications hépatiques ne succèdent pas aux appendicites graves, ainsi que dit M. Rendu, ce sont surtout les appendites à évolution lente, insidieuse, qui ont ce privilège, les premières provoquent rapidement l'intervention chirurgicale ; dans les secondes l'infection des veines et des lymphatiques a le temps de se faire. Cependant toutes les appendicites ne provoquent pas des accidents du côté du foie ; d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer M. Hanot, les abcès du foie ne reconnaissent pas toujours comme cause une appendicite.

M. Ballet présente un chien chez lequel, à la suite *d'injections de suc thyroïdien* une tumeur s'est développée du côté droit du cou. Cette tumeur est assez volumineuse, un peu sensible, non expansive ; elle semble développée aux dépens du corps thyroïde.

C'est simplement pour faire constater aux membres de la Société l'existence de cette tumeur que M. Ballet présente l'animal en expérience. Il communiquera bientôt les résultats détaillés de ses recherches.

M. Chauffard prend ensuite la parole au sujet des *infections pyogéniques au cours de la fièvre typhoïde.* Il ne s'agit pas ici des complications suppuratives dues au bacille d'Eberth lui-même, mais de celles que déterminent les agents ordinaires des infections secondaires. On a dit bien souvent que la grande porte d'entrée de ces derniers était au niveau des lésions intestinales. Mais rien, jusqu'à présent, n'est venu démontrer la valeur de cette hypothèse. M. Chauffard croit plutôt à l'origiue exogène de ces complications suppuratives. On sait que les abcès survenant au cours de la fièvre typhoïde ont quelques caractères cliniques particuliers : leur multiplicité, leur production successive, leur rapidité d'évolution, enfin leur apparition tardive à la fin de la fièvre typhoïde. M. Chauffard vient d'observer une véritable épidémie de ces abcès, dans son service de l'hôpital Laennec.

Sur 25 typhiques, 12 furent atteints, soit 48 p. 100. Bouveret et Tripier ne signalent pourtant ces abcès que dans 10,7 pour 100 des cas. A quoi attribuer cette fréquence considérable de cette complication ? L'examen attentif des circonstances et de l'évolu-

tion de la fièvre typhoïde chez chacun des malades en donne l'explication. Tous les typhiques qui ont eu des abcès avaient pris plus de 90 bains, sauf un qui n'en avait pris que 69. Par contre, un seul des cas non compliqués d'abcès avait nécessité 90 bains : tous les autres étaient restés bien au-dessous de ce chiffre.

La fréquence des bains semble donc devoir être mise en cause, à cause sans doute des lésions superficielles des téguments qu'elle détermine.

L'examen bactériologique comparatif du pus des abcès et de l'eau des bains plaide en faveur de l'origine exogène de ces abcès. Chez cinq des malades de M. Chauffard, l'agent pathogène était le staphylocoque doré ou citrin ; or, M. Chantemesse retrouva dans l'eau de la baignoire, avant le bain, les mêmes micro-organismes, à l'état virulent. L'eau employée était de l'eau de Seine.

Il faut peut-être accuser aussi le transport de ces germes d'un malade à l'autre par les infirmières.

Il faut donc surveiller la provenance de l'eau servant à la balnéation des typhiques, et l'antiseptiser au moyen du naphtol (0 gr. 15 par litre) si l'on n'a pas d'eau de source.

L'origine exogène des abcès et le rôle de la balnéation dans leur production est appuyée par M. Le Gendre, qui en a observé de nombreux cas. Plus les bains sont prolongés, plus la température en est élevée, plus les abcès sont fréquents. M. Bouchard avait été un des premiers à le reconnaître ; aussi depuis longtemps a-t-il recommandé d'antiseptiser l'eau du bain.

M. Le Gendre a observé de véritables petites épidémies d'abcès des extrémités au cours de la fièvre typhoïde.

Ce qui démontre bien le rôle des bains, c'est le fait que les abcès cessaient de se produire quand on cessait la balnéation.

Le stage dans les hôpitaux de Paris

Les élèves appelés à faire leur stage dans les services désignés par la Faculté viennent de recevoir la lettre suivante :

M..., est prié de se rendre à la Faculté (petit amphithéâtre), le samedi 17 novembre 1894, à 10 heures précises, pour choisir le service dans lequel il désire faire le stage.

M..., devra se présenter le 1er décembre 1894, à 9 heures précises du matin, et *sans nouvel avis*, à l'hôpital auquel appartient le service où il sera attaché en qualité de stagiaire.

Règlement relatif au classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret du 20 novembre 1893) et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Une lettre de convocation individuelle leur sera adressée à cet effet.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le tri-

mestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées les 15 novembre et 15 février, pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; l'inscription d'avril, d'après les notes du professeur pour le trimestre de décembre à février inclus; l'inscription de juillet, d'après les notes du professeur pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin; le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

COURRIER

—

Le concours d'agrégation devant le conseil d'Etat. — Les décisions du conseil d'Etat sont promptes. Cette assemblée vient de rendre l'arrêté concernant une protestation faite par cinq candidats contre la validité des opérations qui se sont passées au dernier concours d'agrégation *il y a trois ans.*

Voici l'arrêté :

« Considérant que le 4 janvier 1892, en l'absence d'un de ses membres, retenu au début de la séance par une indisposition passagère, mais annonçant son arrivée, le jury, au lieu de se compléter au moyen d'un tirage au sort, fait parmi les membres supplémentaires, a décidé de s'ajourner au lendemain pour commencer les opérations, il n'a été procédé le 4 janvier à aucun acte de concours, que c'est seulement le lendemain, alors que le jury désigné par le ministre a été institué au complet, que les juges ont été invités à indiquer les motifs de récusations qui pouvaient exister à leur connaissance :

« Qu'il a été procédé à l'appel des candidats conformément à l'article 14 des statuts et que l'exclusion a été prononcée contre les absents ;

« Que dans ces circonstances les faits allégués dans le recours ne constituent pas une infraction aux dispositions de l'article 7 des statuts, qui sont de nature à vicier les opérations auxquelles il a été procédé ;

« Que par suite c'est avec raison que par la décision attaquée le ministre de l'instruction publique a rejeté la protestation dont il a été saisi. »

Arrête, etc.

La réclamation est donc bel et bien rejetée !

Collège de France. — L'assemblée des professeurs du Collège de France a présenté, pour la chaire de médecine, en première ligne : M. d'Arsonval ; en deuxième ligne : M. Charrin.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. POTAIN : La douleur. — II. E. R. : Le traitement ambulatoire des fractures. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine ; Académie des sciences. IV. Bibliothèque. — V. Courrier.

Hôpital de la Charité, — M. le professeur POTAIN

—

De la douleur

La séméiotique possède une importance considérable ; elle est la base de la clinique ; sans elle, on ne peut faire de médecine pratique, elle est utile au pronostic et conduit souvent au seul traitement rationnel. Je veux aujourd'hui prendre pour exemple un des symptômes les plus communs et les plus vulgaires : la douleur. Sans elle, la plupart des malades négligeraient de se soigner ; c'est elle qui les oblige de venir consulter le médecin ; c'est elle que souvent ce dernier doit combattre tout d'abord. Son absence assombrit ordinairement le pronostic ; les affections latentes sont les plus graves, parce qu'elles se développent en toute liberté. C'est ainsi qu'un grand nombre de maladies ont été longtemps méconnues et ont exercé de grands ravages dans l'humanité, par exemple l'endocardite, inconnue des anciens, parce qu'elle évolue insidieusement, et il a fallu un Bouillaud pour en montrer les conséquences ainsi que la gravité. On peut encore citer la néphrite chronique, où la douleur fait défaut, et l'aortite, si fréquente dans nos salles, mais qui a besoin d'être recherchée dans un très grand nombre de cas, et qui autrefois n'avait pas plus attiré l'attention des médecins que celle des malades. Certaines maladies, ordinairement douloureuses, peuvent parfois exister sans douleurs : dans le typhus ambulatorius, les symptômes douloureux sont si peu accusés que le malade se lève et continue de vaquer à ses occupations, aussi, la mort peut survenir rapidement par perforation intestinale. Dans la pleurésie, la douleur, parfois si pénible, peut être absente, et ces pleurésies latentes ne sont pas les moins graves ; Lasègue fut un jour appelé près d'un confrère du voisinage qui s'était trouvé mal ; à son arrivée, ce confrère était à table, en train de déjeuner, et c'est à peine s'il accusait un peu de gêne de la respiration. Lasègue insiste pour l'examiner, et le lendemain le malade meurt brusquement sous ses yeux au moment où il s'asseyait sur son lit. Un point de côté violent l'aurait peut-être sauvé. La douleur est parfois presque nulle, même dans les affections où elle est ordinairement très vive, comme l'angine de poitrine ; et ce sont là les cas les plus dangereux. Un jour à Necker, un ouvrier vint me consulter pour une légère douleur dans le bras gauche ; soupçonnant une angine de poitrine, j'insistai près de lui pour l'engager à entrer à l'hôpital, car il ne se croyait pas suffisamment malade ; cependant il mourut subitement en arrivant dans la salle.

Certaines maladies ne consistent que dans la douleur, par exemple la gastralgie, l'entéralgie ; dans d'autres, elle est le phénomène prédominant. Il faut alors l'étudier minutieusement et en rechercher d'abord les caractères. Son intensité est ce qui frappe naturellement davantage les malades ; elle n'est cependant pas proportionnée à la gravité de l'affection causale, et dépend avant tout des conditions individuelles. Sans parler des Spartiates,

vous savez que certaines races sont peu sensibles à la douleur; l'éducation joue aussi un grand rôle dans cet ordre de faits; je tiens d'un médecin compétent qu'il existe à Chantilly une colonie de jockeys anglais qui, habitués à monter des chevaux, sont sujets à de nombreuses fractures; ils sont peu sensibles à la douleur, vous en jugerez par ce détail que, dans cette colonie, sauf de très rares exceptions, les femmes ne crient jamais en accouchant. L'intensité de la douleur n'est instructive pour le médecin que lorsqu'elle est excessive : c'est ainsi que dans la pleurésie un point de côté atroce doit faire craindre une forme gangréneuse; dans le cours de la fièvre typhoïde, l'apparition d'une douleur péritonitique très vive indique souvent une perforation de l'intestin. Parfois, enfin, l'intensité même de la douleur est un danger pour le malade; elle a entraîné la mort dans certaines coliques hépatiques; elle a été également la seule cause de la mort dans certaines formes d'angine de poitrine qui sont le plus souvent sans gravité.

Si l'intensité de ce symptôme n'a qu'une importance médiocre, on ne peut en dire autant de son siège. A ce point de vue, il faut distinguer la douleur spontanée et la douleur provoquée. Les causes de la douleur spontanée sont trop nombreuses pour que j'essaie de vous les énumérer. La plupart des pyrexies au début s'accompagnent de courbatures et parfois de douleurs assez vives. Vous connaissez la douleur de gorge des scarlatineux, la douleur sternale des rougeoleux, la rachialgie des varioleux, la mélalgie de la grippe, les céphalalgies de la fièvre typhoïde, les névralgies de l'impaludisme, les douleurs ostéocopes et la céphalée de la syphilis, la céphalalgie des chlorotiques. La douleur est fréquente dans les intoxications, témoins la colique de plomb et les douleurs du saturnisme chronique, la douleur des membres observée dans l'intoxication par le mercure et par l'arsenic; l'empoisonnement par l'oxyde de carbone peut aussi donner lieu à des douleurs dans les membres, parfois accompagnées de parésie; enfin, on a signalé avec raison, parmi les causes de l'angine de poitrine, l'abus du tabac; l'abus du thé et du café produit aussi parfois une précardialgie intense.

Le plus souvent, c'est une maladie locale qui occasionne la douleur. Aux membres, celle-ci peut siéger dans la peau (dermalgie), dans les nerfs (névralgie), dans les muscles (myalgie), dans les os eux-mêmes; mais elle relève souvent d'affections chirurgicales. Les cavités splanchniques nous intéressent davantage; il faut distinguer dans ces cas la douleur pariétale de la douleur viscérale; au crâne, par exemple, on peut avoir de la dermalgie, de la myalgie, de l'épicrânie, ou une douleur relevant des affections des méninges ou du cerveau lui-même. Dans tous ces faits, le siège de la douleur n'a que des rapports très éloignés avec celui de la maladie viscérale; c'est ainsi que dans la pleurésie, le point de côté se fait sentir à peu près au même endroit, quel que soit le siège précis de l'inflammation pleurale; il faut cependant excepter la douleur qui accompagne la pleurite chez les tuberculeux. La douleur sous-sternale et dorsale indique ordinairement une lésion de l'œsophage, mais nullement la hauteur de cette lésion œsophagienne, et le cathétérisme est indispensable à la précision du diagnostic. La douleur gastrique a son siège précis et les malades ne se trompent pas souvent quand ils accusent une douleur d'estomac. Celle qui a pour point de départ une irritation des voies biliaires est fixe et siège ordinairement à l'hypochondre droit. La colite donne quelquefois des douleurs terri-

bles qui traversent la région sus-ombilicale d'un hypochondre à l'autre. La colique néphrétique se fait sentir le long de l'uretère correspondant. Les douleurs vésicales sont aussi faciles à reconnaître à cause du ténesme qui les accompagne. Il y a, enfin, des douleurs dont le siège est pathognomonique ; telle est l'angine de poitrine, qui est une douleur préthoracique avec irradiation dans le membre supérieur gauche ou dans les deux bras. Mais il y a de nombreuses exceptions. La douleur épigastrique, en particulier, peut être due à une affection du côlon et on ne confond que trop fréquemment l'entéralgie avec la gastralgie ; de même la colique hépatique peut siéger à l'épigastre exclusivement et simuler la gastralgie ; la douleur épigastrique est souvent enfin liée aux altérations du plexus solaire. Parmi les causes qui atteignent ainsi le plexus solaire, il faut citer surtout l'anévrysme de l'aorte abdominale ; c'est ainsi qu'un magistrat anglais, dont l'histoire a été rapportée par Stockes, accusait d'atroces douleurs dans la région épigastrique, il courut les différentes capitales de l'Europe sans pouvoir obtenir de diagnostic précis ; or, il était atteint d'un anévrysme de l'aorte abdominal dont il mourut. Je vous citerai encore les crises gastriques du tabès. Chez certains épileptiques, l'attaque convulsive est précédée d'une douleur épigastrique. Enfin, cette douleur est le phénomène dominant dans certaines formes d'urémie. Le siège de la douleur est donc loin d'être pathognomonique.

A côté de ces douleurs spontanées, il existe des douleurs d'irradiation. Elles méritent toute votre attention ; les unes sont l'extension de la douleur à la plus grande partie d'un territoire nerveux, comme la douleur dans les branches du nerf dans les cas de névralgie sciatique, la douleur du nerf temporal et du nerf occipital dans la prosopalgie ; les autres, plus importantes, sont les synalgies ou douleurs réflexes.

Ces synalgies occupent une très grande place en séméiotique. Vous n'ignorez pas la douleur dorsale des affections de l'estomac, la scapulalgie qui accompagne la colique hépatique, la douleur de la partie postérieure de la région deltoïdienne dans les maladies du foie ; les irradiations de la colique néphrétique dans les bourses et dans les cuisses, les irradiations brachiales et cervicales de l'angine de poitrine ; la douleur costo-xiphoïdienne de la pleurésie diaphragmatique et de la péricardite. Les douleurs rectales se propagent quelquefois dans les cuisses ; ce fait n'est pas très rare chez les vieillards sujets à la constipation ; aussi, à cet âge, une douleur persistante dans les deux cuisse doit-elle toujours vous engager à pratiquer le toucher rectal. Dans les affections du côlon, la douleur se fait très fréquemment sentir à la région précordiale. La colite chronique est entretenue par l'arrêt des matières fécales au niveau du coude que forme le côlon transverse avec le côlon descendant, et la douleur précordiale par laquelle elle se manifeste est la cause de très nombreuses erreurs de diagnostic ; sur 100 individus qui se plaignent d'une maladie de cœur, 70 environ ont une affection du côlon. Vous avez pu voir dans nos salles un jeune homme qui a été pris il y a quelques jours d'une douleur très vive à la région précordiale avec un peu de fièvre ; un médecin avait cru au début d'une affection cardiaque grave et ordonné l'application de deux sinapismes ; nous avons constaté chez ce malade une grippe à localisation intestinale avec retentissement douloureux dans la région précordiale. L'ovarite

entraîne parfois des douleurs intercostales et chez toute femme qui se plaint d'une névralgie intercostale persistante dont vous ne trouvez pas la cause, vous devez songer à une affection de l'ovaire.

Quelquefois, l'affection primitive est indolore, la synalgie seule apparaît, et c'est alors que le séméiologiste doit faire appel à toutes ses connaissances pour dépister la lésion initiale. C'est ainsi que la céphalalgie est due très souvent à des lésions éloignées du cerveau. Beaucoup de migraines sont liées aux états dyspeptiques ; la seule ingestion de boissons glacées produit chez certaines personnes un serrement violent des tempes. La présence d'un tænia dans l'intestin occasionne souvent des douleurs de tête persistantes, qui cessent après l'expulsion du ver. Le passage d'un calcul à travers les voies biliaires peut donner lieu, comme unique symptôme, à des douleurs de tête ; j'ai soigné une dame qui avait eu des coliques hépatiques ; celles ci furent remplacées par deux douleurs spéciales dans la tête ; la douleur débutait à la tempe droite, tournait autour de la tête et finissait à la tempe gauche ; après chacun de ces accès, on retrouvait les calculs dans les garde-robes. Une autre dame vint un jour me consulter pour des migraines qui avaient résisté à tous les traitements ; elle était atteinte de leucorrhée et je constatai chez elle une métrite intense du col, je fis un traitement local de l'affection utérine et dès lors la migraine cessa pour ne plus reparaître.

Telle douleur un peu spéciale est due aussi à une affection éloignée ; c'est ainsi qu'on a noté la douleur du nerf cubital dans la dysenterie, dans la diarrhée de Cochinchine ; Leudet a observé que certains malades, et surtout des vieillards, atteints de pneumonie ont leur point de côté dans la cuisse ; la constipation peut avoir comme conséquence une douleur au talon ; celle-ci a été aussi signalée par Lasègue chez des cérébraux congestifs ; enfin, certains calculs vésicaux se manifestent par de la douleur au niveau du gland.

La douleur provoquée donne au médecin des renseignements plus précis. Quand elle n'existe qu'au niveau des points d'émergence des branches nerveuses, elle indique une névralgie ; quand elle existe tout le long du trajet du nerf, elle indique une névrite ; l'absence de douleur provoquée en cas de douleur spontanée très vive indique une douleur réflexe, dont il reste à déterminer la cause.

Dans certains cas, la pression réveille la douleur en un point éloigné, par exemple dans le membre opposé ; on a signalé ces faits dans certaines scléroses de la moelle, mais je ne veux pas y insister. Ordinairement, la pression est un excellent moyen de localiser le siège de la douleur ; la palpation thoracique ne nous est guère utile à ce point de vue ; il n'en est pas de même de la palpation abdominale, elle nous révèle la douleur au niveau du cœcum dans la fièvre typhoïde, dans la typhlite, la douleur plus circonscrite encore de l'appendicite ; la douleur de l'S iliaque dans la dysenterie. Vous savez les résultats précieux que donne aussi la palpation du rein. La pression est utile encore pour reconnaître l'aortite abdominale dont le diagnostic est parfois si épineux ; elle révèle la douleur dans la profondeur au niveau même de l'aorte. Une douleur très vive à la palpation superficielle est l'indice d'une péritonite ; celle que provoque le simple effleurement

ou le grattage de la paroi indique une affection pariétale, comme on le constate dans la colique de plomb au niveau des muscles droits.

Quant à la nature de la douleur, les anciens médecins la prenaient en grande considération ; un médecin contemporain, de Trajan, a distingué 13 variétés de douleurs ; Hahnemann en reconnaît 75. En réalité, les qualités de la douleur ne donnent que peu de renseignements ; l'imagination des malades joue, d'ailleurs, un grand rôle dans la description qu'ils en font et dans les comparaisons par lesquelles ils l'expriment. Il y a cependant des exceptions et certaines douleurs sont assez caractéristisées pour que des malades différents les expriment par les mêmes termes. Ainsi, les douleurs térébrantes ou fulgurantes du tabès sont classiques, la douleur de l'ulcère simple de l'estomac est brûlante, tandis que celle du cancer est plus sourde. On a attaché une grande importance à la nature angoissante de l'angine de poitrine. Je pense qu'on a eu tort; toutes les douleurs viscérales sont angoissantes à quelque degré. L'angoisse peut être minime ou même nulle et l'angor se terminer par la mort; j'ai raconté plusieurs fois le fait de cet homme atteint d'angine de poitrine sans angoisse et qui mourut pendant que je l'auscultais; je vous rappellerai encore cet ouvrier dont j'ai parlé tout à l'heure et qui mourut en entrant dans la salle.

Le type de la douleur est plus important. Elle peut, en effet, être continue comme dans le rhumatisme articulaire aigu et dans le rhumatisme chronique osseux ou paroxystique. Les paroxysmes de la douleur sont instructifs. Les névralgies sont fréquemment intermittentes, mais quand elles affectent le type tierce et surtout le type quarte, vous devez songer à l'impaludisme. Le rhumatisme chronique s'accompagne souvent de douleurs paroxystiques survenant la nuit. Dans la goutte, la douleur débute au milieu de la nuit par le gros orteil, le métatarse ou le tarse, et elle s'apaise « au chant du coq » ; ce fait est caractéristique. Les douleurs ostéocopes de la syphilis sont fréquemment nocturnes, et surviennent surtout dans la première partie de la nuit ; elles apparaissent ordinairement dans la période tertiaire ; mais on peut les observer aussi dans la période secondaire.

Les paroxysmes provoqués ne sont pas moins intéressants que ceux dont je viens de vous entretenir. C'est ainsi que, dans les gastrites, la douleur est provoquée par l'ingestion des aliments, elle apparaît tantôt immédiatement après le repas, comme dans la gastrite ulcéreuse ; tantôt plus tardivement comme dans l'hyperchlorhydrie. Dans l'ulcère du duodénum, la douleur survient aussi tardivement, quand la digestion stomacale est terminée. L'entéralgie se manifeste également quelque temps après le repas ; mais quelquefois elle apparaît immédiatement après; parfois même le repas calme la douleur. C'est surtout dans l'angine de poitrine que les conditions dans lesquelles la douleur se produit ont une importance extrême. Il y a en effet plusieurs formes d'angine de poitrine. Ce syndrôme peut être dû à la sténose des coronaires, à la névrite du plexus cardiaque, à la névralgie de ce plexus, à la dilatation des cavités droites du cœur, à l'intoxication par le tabac, enfin à une affection du membre supérieur. Le syndrôme est toujours le même ; les conditions qui le font naître seules varient. L'angor due à la sténose coronarienne apparaît à l'occasion d'un mouvement, d'un effort ; elle est due à l'ischémie du myocarde au moment

où le cœur se contracte plus énergiquement ; elle est l'analogue de la claudication intermittente des chevaux atteints de sténose des artères iliaques. Dans l'angine due à la névrite ou à la névralgie du plexus, la douleur survient spontanément, sans cause, surtout la nuit. La névralgie rhumatismale ou goutteuse se produit la nuit, entre minuit et une heure du matin ; celle qui est due à la dilatation cardiaque droite est ordinairement provoquée par l'ingestion des aliments; l'angine tabagique est due à l'usage exagéré du tabac ou même à la respiration d'une atmosphère chargée de fumée du tabac. La névralgie réflexe d'origine brachiale se produit toutes les fois que le malade se sert du bras malade, et n'a pas lieu quand il se sert de l'autre bras ou des membres inférieurs.

Dans certains cas, la douleur se produit à l'occasion des mouvements sans être liée à la sténose des coronaires ; vous reconnaîtrez cette forme d'angine à ce qu'elle survient non au début même du mouvement comme dans l'angine coronarienne, mais seulement quand la fatigue se produit Il en est, en effet, de la névralgie du plexus cardiaque comme de toutes les névralgies, elle se produit surtout après les fatigues.

La douleur est donc un phénomène important en séméiologie ; elle conduit le médecin au diagnostic et au traitement ; elle est un frein pour le malade, qu'elle préserve d'imprudences dangereuses. Vous voyez, Messieurs, que ce symptôme si banal n'est point un symptôme négligeable.

Le traitement ambulatoire des fractures

Voilà certes un bien joli nom et un traitement bien alléchant ! Consolider sa fracture en la promenant est le vœu le plus ardent de celui qui en est atteint, et, si invraisemblable au premier abord que puisse paraître cette thérapeutique, la chirurgie dispose aujourd'hui de tels moyens que l'application de cette méthode a non seulement pu être tentée, mais encore paraît aujourd'hui avoir une grande vogue en Allemagne, si l'on en juge par le nombre des travaux qui paraissent dans les journaux médicaux de Prusse et d'Autriche. Hensner, Krause, Bruns, Garré, Dollinger et bien d'autres, ont donné les résultats de leur pratique, et c'est ce petit point que nous allons aujourd'hui discuter.

Il ne faut pas être très âgé pour avoir été instruit dans cette idée que les fractures ne guérissent que par l'immobilité et, bien entendu, l'immobilité paraissait, jusqu'à il y a encore quelques années, commander absolument le séjour au lit. Pourtant, Seutin, dès 1834, immobilisait ses blessés dans un appareil, soutenait cet appareil à l'aide d'une bande prenant en écharpe la nuque et le membre inférieur, et permettait aux fracturés de se mouvoir à l'aide de béquilles, en s'appuyant sur le membre sain.

Aujourd'hui, on va plus loin. On construit des appareils qui emprisonnent la partie cassée de telle façon que le patient peut impunément s'appuyer sur la jambe malade. C'est, bien entendu, le plâtre qui fait tous les frais de cette botte dans laquelle sont aussi implantés des attelles rigides par quelques chirurgiens.

Quel est l'avenir de ce traitement ? Nous ne pouvons en parler d'après des statistiques françaises; car, si on a fait quelques essais isolés, c'est tout, et

jamais cette méthode n'a été suivie de parti pris par un chirurgien quelconque, du moins à notre connaissance ; mais, si nous consultons les chiffres allemands, nous voyons, dans une communication de Krause au dernier congrès des chirurgiens allemands (1894), que 72 fractures ont été traitées de cette façon, soit 23 fractures malléolaires, 13 fractures du peroné seul et 36 fractures des deux os de la jambe. Ce même chirurgien a employé le même traitement à la suite des ostéotomies et de 3 fractures de la rotule.

Bruns a aussi donné sa statistique. 24 fractures de jambe, 3 pseudarthroses du fémur, 17 ostéotomies et 4 résections du genou ont ainsi été soignées.

Quels sont maintenant les résultats? Ce traitement abrègerait beaucoup, suivant les chirurgiens qui l'emploient, la consolidation des fractures. C'est ainsi qu'au niveau de la partie moyenne de la jambe, le cal serait solide au bout de quarante-deux jours ; de plus, les blessés n'ont pas l'inconvénient du séjour allongé, leur appétit est meilleur pouvant aller prendre l'air, leur état général s'en ressent, leur nutrition serait plus parfaite et partant le travail d'ossification serait plus rapide. Il faudrait encore prendre en considération la circulation, qui, par l'exercice, serait meilleure dans le membre fracturé et favoriserait aussi la formation du cal.

Voici les avantages, discutons-les, et voyons les inconvénients.

Tout d'abord, le chiffre de quarante-deux jours pour une fracture de la partie moyenne de la jambe n'a rien de bien extraordinaire, et on arrive bien à peu près au même résultat par l'immobilité et encore faut-il savoir que tous les fracturés ne guérissent pas dans ce laps de temps. Ne voyons-nous pas, en effet, un malade de Krause mettre cent quarante-deux jours à guérir sa fracture et cela après l'application de trois appareils. Ne lisons-nous pas que les plâtres chez plusieurs fracturés ont déterminé des escharres. Ne savons-nous pas que quand le gonflement est considérable, il faut commencer par faire coucher le malade et ne lui permettre la déambulation que lorsqu'on a pu placer un appareil, c'est-à-dire cinq, six et sept jours après l'accident; enfin, ne savons-nous pas qu'au dire même des auteurs de la méthode, il est des cas qui ne sont pas justiciables du traitement ambulatoire, notamment les fractures graves accompagnées de sphacèle et de menaces de gangrène.

Voilà donc, comme on peut le voir, bien des conditions qui limitent l'emploi de la méthode et, pour notre part, dussions-nous être traité de rétrograde, nous ne trouvons pas qu'elle constitue un bien grand progrès. Tout d'abord, l'application de l'appareil, maintenant les fragments suffisamment coaptés pendant l'appui du corps, est d'une grande délicatesse et même, on peut le dire, présente de réelles difficultés. Il est donc impossible de soigner les fractures de cette façon dans tous les milieux et notamment à la campagne. L'avantage qu'en retire le malade peut être réel au point de vue de l'agrément, mais un membre inférieur ainsi caparaçonné peut-il être d'une réelle utilité? Non, certainement, il n'est même pas besoin de s'appesantir sur la crainte que doit avoir le blessé toutes les fois qu'il appuie par terre le pied de la jambe brisée.

Cette méthode, enfin, se base-t-elle sur des données vraiment scientifiques et logiques? Certes, la nutrition du membre peut être plus parfaite, l'état général du sujet meilleur par la déambulation? Mais jusqu'ici les cals

se sont bien formés et les jambes bien consolidées dans des appareils maintenant l'immobilité complète et il pourrait paraître imprudent pour éviter le séjour au lit et économiser quelques jours de traitement de risquer un chevauchement des fragments ou la formation d'escharres compromettant la consolidation.

On ne peut, du reste, appliquer la même méthode de traitement à toutes les fractures comme nous le voyons faire dans les statistiques que nous avons données. Qu'on masse et qu'on mobilise une fracture bimalléolaire, une fracture du coude, la chose peut être admise ; il y a ici une indication : c'est de lutter contre la raideur articulaire. Qu'on suture les fragments de la rotule brisée, c'est encore là une pratique qui a fait ses preuves ; qu'on immobilise une fracture diaphysaire, c'est un traitement qui a trop souvent réussi pour qu'on ne reconnaisse pas ses bons effets. Dans chacun de ces traitements, on obéit à des indications ; mais qu'on fasse promener indifféremment fractures du fémur, fractures bimalléolaires de la rotule, du péroné, pseudarthroses et ostéotomies, il y a là, il nous semble, un principe de généralisation poussé peut-être un peu trop loin.

E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 novembre. — Présidence de M. Rochard

Les vacances se sont prolongées, les rapporteurs des commissions de prix n'étaient pas prêts à temps et il en résulte que l'Académie est obligée de consacrer des séances entières à entendre la lecture de rapports évidemment bien faits, mais qui ne remplacent qu'imparfaitement les communications originales.

La correspondance, qu'il faut bien toujours dépouiller, renferme un travail intéressan de M. Darbonet qui, dans les angines non diphtéritiques, préconise les badigeonnages de gaïacol glycériné. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission spéciale.

Puis, au milieu d'un rapport que l'on interrompt, le Président fait procéder au vote pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire. M. Lucas-Championnière est élu par 66 voix contre 3 à M. Delorme, 2 à M. Delens, 2 à M. Pozzi et 1 bulletin blanc.

Et la lecture des rapports de MM. Cadet de Gassicourt, Vallin, Landouzy, Straus, reprend devant les banquettes jusqu'au comité secret libérateur.

—

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 novembre

Sur la présence et le mode de répartition du glycogène dans les tumeurs

M. Verneuil, au nom de M. Brault, présente une note sur cette question qui est presque entièrement nouvelle. Bien rares sont les auteurs qui ont signalé ou soupçonné la présence du glycogène dans les néoplasmes. L'indication la plus explicite a été formulée par Schiele, dans sa dissertation inaugurale, à propos de quelques épithéliomes cutanés et d'un cancer du testicule observé par Langhans. Plus récemment, Cornil et Ranvier mentionnent le glycogène dans les enchondrômes à développement rapide ; mais ces faits passèrent inaperçus et ne conduisirent à aucune conclusion générale.

Avant d'avoir pris connaissance du travail de Schiele, l'idée qui nous avait conduit à rechercher le glycogène dans les tumeurs était la suivante : les néoplasmes sont, comme l'histologie le prouve, assimilables dans une certaine mesure à des tissus en voie de développement ; il est donc possible qu'ils contiennent une assez forte proportion de glycogène, ainsi que Claude Bernard et Rouget l'ont établi pour les premières phases du développement des tissus chez le fœtus.

Les résultats confirment cette supposition. Il importe peu que l'on examine un épithélioma, un sarcôme, un enchondrôme ou une tumeur complexe comprenant plusieurs tissus juxtaposés à développement parallèle. La présence du glycogène se constate facilement dans tous les cas à des degrés et en proportions différentes.

La technique indiquée par Erlich pour la recherche du glycogène dans les reins diabétiques donne une réaction instantanée pourvu que la tumeur en contienne une certaine quantité. Le glycogène apparaît sous forme de gouttes à contours très nets que l'iode colore en brun foncé. Le nombre et la dimension des gouttes sont extrêmement variables d'une tumeur à l'autre et dans les différentes parties d'une même tumeur.

Le fait le plus saillant qui se dégage de ces recherches est que la proportion de glycogène trouvée dans une tumeur est exactement en rapport avec la rapidité de son développement. L'abondance en est telle parfois que la coloration de la coupe après l'action de la gomme iodo-iodurée est uniformément brun-acajou. Les parties exemptes de glycogène prennent une teinte jaune, assez pâle.

Les tumeurs qui présentent un accroissement très rapide correspondent aux sarcômes, aux cancers épithéliaux appelés autrefois tumeurs encéphaloïdes à cause de leur consistance et de leur aspect; toutes très riches en cellules.

Quand les sarcômes ou les épithéliomas, bien que volumineux, se développent plus lentement, les régions qui contiennent le glycogène en petite quantité sont toujours les plus anciennes. Par contre, à la périphérie de la tumeur, dans la zone d'envahissement, ou dans les nodules secondaires erratiques, le glycogène apparaît avec toute sa netteté. On peut ainsi, mieux que par toute autre méthode, suivre la marche envahissante d'une tumeur, alors même que les cellules émigrées sont en petit nombre ; la coloration si franche de l'iode indique les points de repère.

La recherche du glycogène n'offre aucune difficulté dans les tumeurs récemment enlevées et soumises immédiatement à l'action de réactifs énergiques, tels que l'alcool absolu. Les conditions d'examen sont beaucoup moins favorables quand il s'agit de pièces d'autopsie, les fermentations cadavériques pouvant détruire le glycogène.

Les sarcômes et les tumeurs d'origine conjonctive sont moins exposés aux dégénérescences que les volumineux épithéliomas, étant creusés de vaisseaux et de lacunes qui assurent une répartition plus égale des matériaux nutritifs. On peut sans doute expliquer ainsi pourquoi ces tumeurs contiennent quelquefois dans toute leur étendue une si grande proportion de glycogène.

Pour montrer l'importance considérable du phénomène de la glycogenèse dans les tumeurs, il suffira de rappeler que nous avons réuni en quelques mois 88 faits positifs : soit 19 épithéliomas ectodermiques ; 22 sarcômes; 35 épithéliomas glandulaires ; 2 cas où les ganglions correspondants contenaient des noyaux cancéreux chargés de glycogène et 2 tumeurs complexes constituées par plusieurs tissus ; 8 épithéliomas à cellules cylindriques ; tumeurs très différentes d'origine et par cela même très démonstratives pour le point qui nous occupe.

Il nous eût été facile d'étendre la liste de ces faits, mais nous avons pensé que, étant donnés leur nombre et surtout leur variété, nous étions autorisés à présenter quelques conclusions, que voici :

La glycogenèse apparaît comme une des manifestations les plus éclatantes de l'activité et de la vitalité des néoplasmes. Elle acquiert toute sa valeur lorsque le développement des tumeurs se fait avec une grande énergie. Par suite, elle peut servir à mesurer la puissance de prolifération d'un épithélioma ou d'un sarcôme et, en dehors de toute autre considération, permet de porter un pronostic des plus sévères, puisque toute néoformation envahissante est riche en glycogène.

D'autre part, toute tumeur qui prend en quelques mois des dimensions considérables, contient dans sa masse une quantité de glycogène de beaucoup supérieure à celle que l'on trouve dans le foie des animaux en pleine digestion, ou le foie des suppliciés.

Il faut remonter aux premières périodes du développement fœtal pour rencontrer le glycogène en telle abondance.

Par ce côté, les tumeurs se rapprochent, jusqu'à un certain point, des tissus de l'embryon : ce que nous établirons plus amplement dans une prochaine communication.

BIBLIOTHÈQUE

—

Les Trichophyties humaines, par le docteur R. Sabouraud, ancien interne des hôpitaux. 2 volumes in-8 jésus dont un Atlas contenant 133 figures en phototypie, reliure d'amateur, peau pleine souple tête dorée 20 fr.

L'auteur expose ses travaux personnels au laboratoire de l'hôpital Saint-Louis. Ces travaux ont été contrôlés par une multitude de cas observés dans les hôpitaux d'enfants. Ils tendent à démontrer que la teigne tondante est due à trois parasites différents, aperçus plutôt qu'étudiés, il y a plus d'un demi-siècle; il prouve que toutes les tondantes ne sont pas trichophytiques, mais il étudie pourtant, après les trichophyties à grosses spores, la tondante à petites spores. Il semble qu'une recrudescence actuelle de cette maladie nécessitait cet ouvrage.

Chez Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

—

Les Coupes du système nerveux central, par le Dr A. Mercier, ancien second médecin de l'asile cantonal des aliénés de Burghœlzli, 1 volume, peau pleine souple, reliure amateur, tête dorée, 4 fr.

Dans ce volume, rédigé sous forme de manuel, le lecteur trouvera la description des instruments nécessaires pour l'étude et la fabrication des coupes, il étudie le durcissement des pièces, les enrobements, le système des plaques et les feuillets en série. Le tout est accompagné d'observations chimiques émanant d'un esprit judicieux.

—

Dyspeptiques et Obèses du ventre, par le docteur Zabé, avec préface par M. Dujardin-Beaumetz.

Dans cet ouvrage, sont clairement exposées de nouvelles idées pathogéniques sur la dyspepsie, cet arcane mystérieux, où commence à pénétrer la lumière. In-12 carré, avec 6 dessins d'après nature, prix 3 fr.

Chez Maloine, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain, Paris.

COURRIER

—

L'Assistance publique au Conseil municipal.—M. Dubois invite le Conseil à poursuivre ses recherches du côté des enquêtes nécessitées par l'admission des malades payants. Il demande qu'on relève le prix du séjour dans les établissements hospitaliers.

Le Conseil adopte un ordre du jour invitant l'administration à fournir un état constatant le nombre des malades traités dans chaque hôpital, principalement des malades payants, depuis le 1er janvier jusqu'au 1er novembre 1894. Cet état devra être dressé d'une façon speciale pour les services de médecine, de chirurgie et d'accouchement. On devra fournir également les prévisions de recettes dans le service des enfants débiles à l'hôpital de la Maternité.

Une proposition tendant à instituer une commission spéciale dans chaque hôpital en vue d'établir une taxe pour les opérations chirurgicales est renvoyée à une commission spéciale.

M. le préfet de la Seine propose de voter immédiatement les fonds nécessaires pour construire, à l'hôpital des Enfants, huit nouvelles chambres d'isolement, dont six à un lit et deux à deux lits, demandées par M. Roux. « Il faut, dit-il, séparer les enfants atteints de la diphtérie de ceux chez qui la maladie se complique d'une autre affection, elle-même contagieuse. » Les travaux exécutés avant les gelées coûteront 26,000 francs.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Breuillé fait décider qu'il y a urgence à transformer dans le plus bref délai l'hôpital Hérold en hôpital-dispensaire d'enfants malades. Cette transformation rendrait de grands services aux populations des 17e, 18e et 19e arrondissements.

Traitement chirurgicale de la blennorrhagie. — Le docteur Burnside Poster décrit, dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases*, cette opération tout au moins audacieuse.

Dès que l'on aura établi le diagnostic de la première blennorrhagie, le malade sera endormi et antiseptiquement préparé pour l'opération. On pratiquera dans le périnée une ouverture en forme de boutonnière et l'on pourra ainsi drainer la vessie. Puis, à travers un dispositif convenablement imaginé, l'urèthre antérieur pourra être complètement irrigué avec quelque solution antiseptique et traité enfin selon les principes de la chirurgie.

La possibilité de bourrer l'urèthre antérieur avec de la gaze iodoformée se commande d'elle-même, mais il est probable qu'aucun traitement de ce genre ne sera efficace.

(*Medical Record.*)

Un cas de mort par le choléra de laboratoire. — M. Œrgel, assistant de l'Institut d'hygiène, vient de succomber récemment à Hambourg à la suite du choléra contracté au laboratoire. Après une diarrhée prodromique de quelques jours, il se développa du choléra asphyxique avec crampes musculaires intenses, cyanose modérée et hypothermie de (35°4 à 36°9). Bien que ce cas parut d'intensité modérée, la thérapeutique demeura sans effet ; malgré les injections faites dès le second jour, la réaction ne se fit pas et le coma survint peu à peu. Les bacilles caractéristiques furent constatés chaque jour dans les garde-robes.

Quant au mode d'infection on n'a pas pu le préciser. M. Œrgel avait beaucoup travaillé au laboratoire sur le vibrion cholérique, mais il n'avait pas fait dans ces derniers temps d'expériences sur lui-même avec ce microbe. Il a pensé que l'infection pouvait provenir de ce qu'en aspirant avec une pipette de l'eau qu'il avait fait venir de Thorn, il avait reçu dans la bouche une certaine quantité de cette eau. Il est à remarquer que l'examen

bactériologique de cette eau, fait ultérieurement, a été négatif. M. Œrgel était âgé de vingt-neuf ans.

Ecole de médecine navale de Bordeaux. — Les prix suivants ont été décernés, pour 1893-1894, aux élèves de l'Ecole principale du service de santé de la marine.

Prix de la Faculté : deuxième année, M. Laffay, médaille d'argent et 100 francs de livres. — Troisième année, MM. Degroote, médaille d'argent et 185 francs de livres ; Mathis, mention très honorable; Chemin, mention honorable. — Quatrième année, M. Thiboudeau, médaille d'argent et 185 francs de livres.

Prix Godard : MM. Lasnet et Ziégler, médaille de bronze *ex æquo*.

Allocations hospitalières sur les fonds du pari mutuel. — Parmi les allocations accordées par la commission de répartition des fonds du pari mutuel, on trouve la suivante :

Assistance publique de Paris, construction de quatre pavillons d'isolement à l'hospice des Enfants Malades, pour l'application du traitement du docteur Roux contre la diphtérie, 500,000 fr.

Au total, c'est une somme de 2,679,250 francs qui est répartie entre diverses œuvres hospitalières ou de bienfaisance.

Examens pour le diplôme de dentiste. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient d'arrêter qu'une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira au mois de décembre 1894, à la Faculté de médecine de Paris.

La date de l'ouverture de la session sera fixée par le doyen de la Faculté.

Curieux testament. — Un peintre vient de se suicider laissant un testament curieux. Lors d'une première tentative de suicide sans résultat, il avait déclaré léguer son cadavre au Muséum afin qu'il soit donné en pâture aux lions et aux tigres. Cette fois-ci il a légué son corps à l'Académie de médecine, qui a, bien entendu, refusé cette généreuse donation. Le cadavre du peintre a donc été laissé à la famille.

— Le docteur Marot est chargé par le ministre de l'intérieur d'une mission en Roumanie afin d'étudier l'état de la bactériologie dans ce pays.

M. Le Gendre, médecin du bureau central, en suppléance à l'hôpital Trousseau (salles Barrier et Blache), a commencé des leçons de clinique et de thérapeutique infantiles, le samedi 3 novembre, à 10 heures, et continuera les mercredis et samedis suivants.

— M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, vient d'être nommé médecin honoraire des hôpitaux.

Nécrologie. — On annonce la mort, à l'âge de 69 ans, de M. le docteur Ernest Berchon, médecin principal de la marine, ancien directeur du service de santé à Pauillac, et celle de MM. les docteurs Cecchiarello, de Saint-Frajou, et Louis-Eugène d'Heurle, de Paris.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Revue générale. — III. E. Rochard : La Société de chirurgie. — IV. Société de biologie. — V. Thérapeutique appliquée. — VI. Bibliothèque. — VII. Courrier.

BULLETIN

Jeudi dernier, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a discuté une question qui lui avait été soumise par le directeur de cette Administration. Il s'agissait tout bonnement de changer l'arrêté du 14 mars 1892 qui dit que les services de la Maternité et de Cochin sont laissées aux *mains des chirurgiens des hôpitaux*. M. Peyron, qui a probablement ses raisons, veut remplacer le titulaire actuel, l'honorable M. Guéniot, qui est atteint par la limite d'âge, par un accoucheur. L'arrêté du 14 mars 1882 le gêne ; il le fait changer par son Conseil de surveillance, qui, sauf les médecins, votera en masse. On fera signer le nouveau règlement par le Préfet de la Seine, qui ne s'entend guère à ces sortes de choses, et le tour sera joué. Il y aura une place de titulaire de moins dans le corps des chirurgiens.

Mais ce n'est pas tout. Le même M. Peyron supprime aussi la maison municipale de santé, la maison Dubois. Il existe dans cet établissement hospitalier deux services de chirurgie, qui, de ce fait, disparaissent. Si nous totalisons, nous voyons donc que ce n'est plus une, mais trois places de titulaires que le Directeur de l'Assistance publique enlève aux chirurgiens des hôpitaux, et de quel droit ? Ce n'est certes pas au nom de la logique et nous allons le prouver. Personne n'ignore, et il serait superflu de le démontrer, que la chirurgie a pris dans ces dernières années un essor considérable. Il n'est pas de jour qui n'amène de nouvelles conquêtes dans cette branche de l'art de guérir, qui prend une place de plus en plus grande dans le traitement de toutes les maladies. On lui a même reproché d'étendre son domaine aux dépens de celui de la médecine, et il n'est pas douteux que plus on ira plus l'instrument tranchant viendra au secours de la médecine, lorsque celle-ci aura usé tous les moyens thérapeutiques dont elle dispose. La chirurgie des viscères est à l'ordre du jour, et bien des médecins y ont recours.

Dans tous les pays étrangers, les services chirurgicaux prennent de plus en plus d'importance. Dans notre bonne ville de Paris, c'est le contraire qui se passe. La chirurgie voit sa clientèle augmenter tous les jours, on en profite pour diminuer le nombre des chirurgiens; mais on augmente chaque jour les services d'accouchements ! Et qu'on ne vienne pas parler budget, car alors nous pourrions discuter pied à pied avec M. le Directeur de l'Assistance publique. Puisque nous avons prononcé le mot d'accouchement, nous ne pouvons manquer de faire remarquer les dépenses considérables faites dans ces dernières années par l'Assistance publique pour les maternités qu'elle crée dans tous les hôpitaux de Paris. On n'a qu'à passer rue de Courcelles, et on verra un véritable palais qui s'élève pour renfermer des femmes en couches. Sont-ce là des dépenses nécessaires ? peut-être, mais

il y en aurait d'autres aussi utiles Accoucher est un acte physiologique, et les hôpitaux sont, on l'avouera, un peu faits pour les malades.

Nous n'en sommes plus aux temps où le médecin portait avec son doigt la mort à toutes les parturientes. Les soins de propreté et une bonne antisepsie, qui constituent après tout des mesures d'hygiène, suffisent pour assurer aux femmes un accouchement sans accidents. Ayez des grands services à Paris dans lesquels on apprendra cette pratique aux élèves, parfait! Mais, si vous dites, ô Administration ! que vous n'avez pas d'argent, répartissez le peu qui vous en reste et ne dépensez pas pour une femme, qui souvent pourrait accoucher chez elle, l'argent nécessaire pour donner un lit à un pauvre malheureux atteint d'ulcère de jambe et que vous laissez à la porte de l'hôpital.

Je sais bien que vous accusez les chirurgiens de ne pas vouloir prendre dans leurs services ces fameux ulcères de jambe, mais c'est plutôt de vo're faute que de la leur. Les places sont insuffisantes dans les services chirurgicaux de Paris, et on ne peut pas, vous l'avouerez, coucher comme autrefois dans le vieil Hôtel-Dieu, plusieurs malades dans le même lit.

REVUE GÉNÉRALE (1).

Quelques travaux récents sur la tuberculose

M. du Pasquier a repris, à un point de vue surtout médical, l'étude de la tuberculose rénale. Nous analyserons brièvement son travail, une leçon de M. le professeur Jaccoud sur ce sujet venant de paraître dans l'*Union*.

Il y a deux modes d'infection du rein par la tuberculose, la voie sanguine et la voie urétérale dans laquelle la vessie est la première atteinte. Or, la limitation exacte des granulations à la substance corticale caractérise, avec l'intégrité des conduits de l'urine, l'infection du rein par la voie sanguine ; tandis que la dissémination des granulations, le siège primitif au sommet des pyramides, les altérations premières des conduits évacuateurs définissent l'infection urinaire.

Laissant de côté, dans le mémoire de M. Pasquier, ce qui a trait à l'anatomie pathologique, exposons rapidement, d'après lui, la symptomatologie de la tuberculose rénale.

Il y a deux formes de la maladie correspondant aux deux modes d'infections.

Dans la tuberculose que l'on peut appeler chirurgicale, ascendante, les lésions ont débuté par la vessie et gagné le rein par les uretères ; c'est la forme classique. Il y a d'abord des crises douloureuses vésicales, de la polyurie, puis ensuite de la pyurie. Les urines troubles, devenant acides après l'émission, renferment des fragments de parenchyme rénal, des cellules polyédriques et en raquette provenant du bassinet et de la vessie. Le malade se plaint de douleurs spontanées et provoquées par la pression dans la région lombaire et on trouve dans le flanc une tumeur fixe, quelquefois mobile, gagnant la face inférieure du diaphragme. Il y a amaigrissement rapide, perte de l'appétit, vomissements et la mort survient soit par urémie soit par cachexie, soit encore par suite de l'évolution des lésions pulmonaires. D'après le professeur Guyon, on trouve des altérations des reins dans 50 pour 100 des cas de tuberculose vésicale.

(1) Voir *Union médicale*, 2e semestre, n° 54.

M. Pasquier admet que la tuberculose primitive du rein est aussi très fréquente. Elle peut ultérieurement contaminer les urétères et la vessie et s'accuse alors par un ensemble très net de symptômes ; mais, au début, alors que le rein est seul atteint, il n'y a guère que des signes fonctionnels dont la valeur a été mise en évidence par M. Tuffier.

La polyurie est un symptôme presque constant. Elle est intense, rebelle et tantôt existe sans interruptions, tantôt se montre sous forme d'accès pendant lesquels le malade urine 50, 60 fois par jour. L'hématurie est spontanée, survient et disparaît sans motifs apparents et dépend des poussées congestives qui se produisent du côté du rein. De même que la polyurie, l'hématurie est aussi bien un signe de lésion vésicale que de lésion rénale ; l'endoscopie peut alors rendre des services pour le diagnostic (Tuffier), ainsi que le mélange intime du sang à l'urine, la présence de cylindres formés de globules, etc.

Les douleurs consistent surtout en des sensations de poids, d'endolorissement du côté de la région lombaire. Plus tard, elles deviennent intermittentes, prennent le caractère de coliques néphrétiques, lorsque des grumeaux épais, des concrétions phosphatiques sont éliminés par l'uretère ; il se fait alors de véritables décharges de matières tuberculeuses ou de pus, décharges dont l'intermittence explique celle des douleurs. Une colique néphrétique, suivie de l'apparition de pus dans les urines chez un individu amaigri et tendant à se cachectiser, sans présenter aucune localisation morbide précise, a une grande valeur diagnostique. Parfois, la crise douloureuse est due à la rétention de matières caséeuses par oblitération de l'uretère et elle s'accompagne alors d'une augmentation plus ou moins marquée du volume du rein.

Bientôt les urines deviennent pathologiques. Le pus est plus ou moins abondant et M. Tuffier a insisté sur ce qu'il appelle les vomiques rénales, le pus apparaissant subitement dans l'urine. Le dépôt purulent est floconneux, granuleux, et les urines restent acides, signe d'une grande valeur.

L'albuminurie, fait qui peut sembler d'abord un peu paradoxal, est rare dans la tuberculose du rein, en dehors du passage du sang dans l'urine. Cela tient à ce que les altérations des épithéliums, des artères, du tissu conjonctif, sont elles-mêmes très rares. De même, l'urémie est exceptionnelle ; on ne l'observe qu'à la période ultime quand le rein est réduit à une coque fibreuse. Du reste, il peut y avoir complication de la tuberculose par une néphrite épithéliale ou un rein amyloïde. Alors les signes du mal de Bright : crampes, secousses, chryesthésie, épistaxis, apparaissent dans la symptomologie. Lors de rein amyloïde, on trouve dans l'urine des cylindres colloïdes, le foie et la rate sont augmentés de volume. L'œdème brightique est, chez les tuberculeux, relativement peu accusé aux membres inférieurs, ce qui tient à ce que les malades séjournent habituellement au lit ; on observe plutôt un œdème généralisé avec prédominance au dos et aux paupières.

M. le professeur Jaccoud a bien indiqué dans sa clinique les conditions dans lesquelles apparaissent les bacilles ; inutile de revenir sur ce point.

La tumeur rénale manque souvent ; quand elle existe, on trouve dans l'un des flancs une tumeur du volume des deux poings, parfois d'une tête de fœtus. Elle peut être assez superficielle, lisse ou bosselée, mate, quelquefois

sonore par suite de la présence au-dessous de la paroi lombaire d'une anse intestinale.

Dans la tuberculose pulmonaire la mort par le rein est rare. Fréquemment, la lésion est une surprise d'amphithéâtre et voici ce que dit sur ce sujet M. Moossous, dans sa thèse sur la mort chez les phtisiques : « Sans nier qu'un phtisique puisse succomber à la tuberculose de l'appareil urinaire, nous insisterons sur le caractère exceptionnel d'une pareille terminaison, et ce fait s'explique quand on constate la façon inégale dont la tuberculose frappe le plus souvent les deux reins. Si l'on trouve des lésions très avancées dans un rein, l'autre est point ou peu malade ; il fonctionne d'une façon qui tend à conjurer l'urémie. » Chez le phtisique, la mort par urémie se produit dans le rein amyloïde ou la néphrite épithéliale.

Nous n'avons pas à parler ici du traitement chirurgical de la tuberculose rénale. Mais il est évident *a priori* que l'intervention du chirurgien sera d'autant plus efficace que les lésions seront plus limitées. La tuberculose à début rénal relève donc essentiellement de la chirurgie, tandis que dans le rein dit chirurgical la néphrectomie est contre-indiquée. On ne peut, en effet, espérer une guérison rapide et certaine dès que la vessie est atteinte.

III

Les opinions ont beaucoup varié relativement à l'influence de l'alcoolisme sur la tuberculose pulmonaire. Magnus Huss soutint que l'abus de l'alcool guérit la phtisie ou tout au moins en suspend l'évolution. Jacksonn, Wellsch, Washington ont admis aussi que la phtisie était rare chez les alcooliques et ce ne fut qu'en 1859 que Bell, dans un mémoire resté classique en Amérique, s'éleva contre ces assertions. En France, Kanz, dès 1861, arrivait aux mêmes conclusions que Bell, et Launay (du Havre) publiait en 1862 dans l'*Union médicale*, des faits montrant la fréquence de la tuberculose chez les ivrognes. Lancereaux, Fournier, Hérard et Cornil partagent les idées de Bell. Gaucher et Hutinel se montrent moins affirmatifs et pour eux, l'alcoolisme favoriserait la tuberculose par l'intermédiaire des lésions organiques qu'il détermine, lésions qui empêchent l'alimentation, détériorent l'organisme, etc. Parmi les auteurs récents, Leudet est un de ceux qui admettent le plus nettement l'influence favorable de l'alcool sur la tuberculose. Pour lui : 1° La phtisie pulmonaire est moins fréquente chez les ivrognes de profession que chez les sujets sobres ; 2° la marche de la phtisie est plus lente chez les alcooliques que chez les personnes tempérantes. Chez les premiers, en effet, la durée totale de la maladie oscille entre un ou trois ans et il n'y a pas eu un seul cas de marche aiguë. Tripier n'a pas trouvé d'ivrogne phtisique et il a constaté que la maladie évoluait très lentement chez les éthyliques. Kempf, cité par Bouquel, a rapporté l'observation d'un médecin de marine qui fut guéri de la phtisie par de fortes doses de rhum. Enfin, tout récemment, Villard a soutenu que lorsqu'il y avait chez un alcoolique sclérose du poumon, le bacille se développait difficilement dans ce dernier, tandis que l'alcoolique à poumon non sclérosé était un véritable candidat à la tuberculose.

Peter nous semble se rapprocher beaucoup de la vérité lorsqu'il écrit : « L'alcoolisme produit-il la tuberculose ? Oui et non ; cela dépend des cas. Que le vigneron de Bourgogne, par exemple, boive beaucoup, se grise même assez volontiers de son bon vin, il ne deviendra pas pour cela tuber-

culeux, parce qu'il est en plein air et a une existence active. Mais pour l'ouvrier des villes, qui reste renfermé tout le jour et s'énivre de breuvages détestables dans d'infectes tabagies, il n'en est plus ainsi ; vous le voyez se tuberculiser sous l'influence non pas de l'alcool, mais de l'alcoolisme. »

En fait, on peut admettre avec Tison, Thorain que l'alcoolisme contribue manifestement au développement de la tuberculose, bien que sa part, dans la pathogénie d'un cas donné, soit souvent difficile à fixer. De plus, il est certain, comme l'ont de suite admis Jaccoud et Dieulafoy, que la phtisie prend parfois, chez les alcooliques, une marche rapide.

IV

Le traitement de la tuberculose pulmonaire n'a donné lieu, dans ces dernier temps, qu'à un nombre restreint de travaux. Il faut cependant mentionner la tentative originale de Carlo Forlaniroi. Partant de cette opinion, que le processus ulcéreux dans la phtisie pulmonaire est dû aux microorganismes associés au bacille de Koch, ce médecin a cherché à supprimer les conditions physiologiques spéciales qui favorisaient le travail destructeur de ces organismes dans le poumon par le pneumothorax opératoire. Une fois le pneumothorax produit, C. Forlaniroi faisait injecter tous les jours d'abord, puis tous les deux jours, puis une fois par semaine, de l'azote stérilisé par son passage à travers de l'ouate. L'absorption était d'abord très rapide, puis de plus en plus lente. Lorsque le pneumotorax est produit lentement, il y a une sorte d'adaptation de l'organisme et des organes voisins, puis les adhérences pleurales en limitent peu à peu le volume. Hâtons-nous de dire que les résultats curatifs ont été nuls, et bien que l'auteur attribue ses échecs à l'état du poumon du côté non opéré et à l'affaiblissement général, sa méthode nous semble avoir un avenir médiocre.

Dans une de ses dernières cliniques, M. le professeur Potain a exposé les mode de traitement qu'il emploie dans la phtisie aiguë. Comme antipyrétique, il prescrit le sulfate de quinine, plus rarement l'antipyrine. Le tannin lui semble très utile, car il arrête parfois la marche des accidents ; on doit le donner à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

L'anémie des tuberculeux doit être énergiquement combattue afin d'augmenter autant que possible la force de résistance de l'organisme. Von Székely conseille d'employer, dans ce but, soit le soufre, s'il n'y a pas d'état catarrhal ou inflammatoire des voies digestives, soit le fer associé à la digitale à moins que des processus pulmonaires phlegmasiques ne les contre-indiquent. La digitale provoque parfois des troubles digestif; von Székely ne croit pas qu'il faille cesser la médication dès qu'ils se produisent car ils disparaissent souvent après quelques jours, même si l'on continue à donner la digitale.

Chacun sait que la créosote est actuellement un des médicaments les plus employés dans le traitement de la tuberculose. Malheureusement elle cause souvent des troubles gastriques, aussi a-t-on essayé de l'administrer par la voie rectale, en lavements et en injections (Hamon, Gimbert, Revillet, Guiter, etc.).

D'autre part, Tisné a eu l'idée d'associer l'iodoforme et le salol à la créosote et après divers tâtonnements, J. Vimon est arrivé à la formule suivante : créosote pure de hêtre, 40 cent.; iodoforme, 0,005 ; salol, 0,40 pour 10 kilog. du poids du corps. faire dissoudre dans : huile d'olive pure q. s.

p. 10 cc. Pour une injection rectale, une par jour. On emploie pour faire les injections une sonde en gomme de petit calibre, longue de 0 m 20 c. à 0 m. 30 c. que l'on introduit aussi haut que possible en l'adaptant ensuite à l'embout d'une seringue en verre de 15 cq. La solution doit être injectée tiède. Ces injections sont très bien supportées et l'absorption en est rapide.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Avant de donner le compte rendu des rapports qui ont fait le fonds de la séance, mentionnons les réflexions faites par M. Quénu à propos du procès-verbal sur la *technique de l'application du bouton de Murphy.* Reprenant les chiffres donnés par M. Chaput, M. Quénu trouve que donner 8 millimètres de diamètre à l'intestin grêle est bien peu de chose, et que ce doit être là une évaluation au-dessous de la réalité ; mais plus importants sont les exemples tirés par M. Chaput de la pratique des chirurgiens qu'il a cités. On ne peut malheureusement discuter leur technique opératoire, parce qu'elle n'est pas donnée dans leurs observations ; mais, s'il y a eu du sphacèle, le chirurgien de Cochin estime qu'il est dû à une mauvaise application du bouton de Murphy.

M. Chaput répond qu'il est sûr de ses mensurations, qu'elles sont rigoureuses, mais peut-être faut-il tenir compte de l'âge du sujet dont il a mesuré l'intestin. C'était une femme très âgée, et qui, par le fait de son régime alimentaire très réduit, pouvait peut-être avoir une diminution de calibre de son intestin. Quant aux observations, si la technique opératoire manque dans quelques-unes d'entre elles, elle est indiquée dans d'autres, et montre qu'il n'y a pas eu de fautes de faites et que les fils n'ont pas été trop serrés par le chirurgien. Pour sa part, M. Chaput a même supprimé le ressort et s'est attaché à serrer les fils le moins possible pour éviter le sphacèle.

Ce à quoi M. Quénu répond que, pour lui, il n'est pas important de serrer ou de ne pas serrer le fil, mais que, pour réussir, il y a des précautions à prendre. Il faut d'abord veiller à ce que les tuniques ne se retournent pas sur le cylindre du bouton, et, pour éviter ce petit écueil, il a, pour sa part, l'habitude de réséquer une partie de la tunique muqueuse, mesure qui permet l'application plus immédiate du tissu séreux sur le métal. De plus, il faut faire attention à ce que le liquide stomacal ne vienne pas infecter la plaie, et, pour éviter cet écoulement, M. Quénu place un bouchon dans la lumière du bouton, bouchon traversé par une épingle anglaise, placée, afin d'empêcher qu'avant le serrement des fils, le bouton ne tombe dans l'estomac. Le tout est, bien entendu, stérilisé ensemble, et, par la chaleur, le bouchon gonfle et ne s'en adapte que mieux.

Quant à l'incision, il faut la pratiquer en prenant le diamètre du bouton pour guide. Pour sa part, il la fait en croix, et, grâce à ces précautions et à la résection de la muqueuse, il est arrivé à éviter les accidents. Ce ne sont pas là des succès théoriques. Trois fois M. Quénu a appliqué le bouton de Murphy et a eu trois succès opératoires. Un de ses malades est mort, mais il était atteint d'accidents urémiques graves qui ont déterminé l'issue fatale.

Cette petite discussion se termine par une réplique de M. Chaput qui

répond que la pratique indiquée par M. Quénu n'est pas celle de Murphy ; qu'il y a là une amélioration dont chacun pourra faire son profit. Quant à ce qui est de la pression, elle a aussi son importance, car dans ses expériences sur les chiens, par une pression trop forte causée par la bague du bouton, M. Chaput a eu toujours du sphacèle ; en enlevant la bague, il l'a toujours évité.

C'est sur le *Manuel opératoire de la gastrostomie* que M. Picqué fait ensuite un rapport. On se souvient de la communication encore récente de M. Villar (de Bordeaux) sur un procédé de gastrostomie analogue à celui de Franck (de Vienne). Pour éviter l'écoulement du suc gastrique, le chirurgien crée un espèce de canal qui, par l'accolement de ses surfaces, bouche la cavité stomacale.

Le rapporteur, après avoir décrit le procédé de M. Villar, pense que dans certains cas il peut être difficile à appliquer. Notamment quand l'estomac se rétracte, et se prête mal à la traction de sa paroi antérieure. Du reste, grâce au procédé de Terrier et à la modification apportée par M. Périer, M. Picqué n'a jamais vu l'écoulement du suc gastrique causer des inconvénients. Il suffit, pour cela, de commencer par la gastropexie et au bout de deux jours d'ouvrir l'estomac avec la pointe du thermo-cautère.

M. Routier s'associe à la façon de voir de M. Picqué. Il reproche de plus au procédé de M. Franck d'être long et par conséquent d'être impraticable chez des malades arrivés au dernier degré de la cachexie. Il fait l'opération la plus simple possible et même une fois a été obligé de ne pas employer le chloroforme et de se servir de la cocaïne tant son malade était faible.

Les mêmes réflexionssont faites par M. Schwartz, qui a pratiqué dans ces dernières années trois gastrostomies avec gastropexie préalable. Au bout de deux jours il fait une petite incision, met une sonde du n° 14 qui ne tarde pas à être retirée pour n'être plus introduite qu'au moment des repas. Des deux malades ainsi opérés qu'il a pu suivre, l'un n'a succombé à son cancer que quatorze mois après l'intervention ; l'autre, le 8 mars, et après avoir pu s'alimenter jusqu'au dernier moment.

C'est pour citer une gastrostomie faite il y a onze ans sur un malade qui vit encore que M. Segond prend la parole ; il n'a pas, du reste, de procédé spécial. De même, M. Monod suit un malade opéré par une gastropexie préalable et cela depuis trois ans. A aucun moment le suc gastrique n'est sorti par la bouche stomacale qui a le seul petit inconvénient de devenir quelquefois trop étroite. Une petite tige de laminaire a vite fait, du reste, de lui rendre un calibre suffisant.

Enfin, M. Championnière rappelle que ce procédé, auquel on donne le nom de Terrier, est un peu à tout le monde, pour sa part il l'a pratiquée bien avant le chirurgien de Bichat ; mais il veut attirer l'attention sur ce fait. que ce sont les corps étrangers (canules et autres) qui déterminent l'écoulement du suc gastrique au dehors ; écoulement qui n'a pas lieu quand on ne met pas de sonde à demeure, pratique qu'il a adoptée depuis longtemps.

M. Richelot monte ensuite à la tribune pour faire deux rapports : le premier sur quatre observations de M. Millot-Carpentier, qui dénotent l'habileté de ce chirurgien et qui ont trait à des sujets différents ; la première relate un nouveau procédé d'hémostase qui consiste à traiter l'artère

traversée par l'aiguille comme on fait la ligature d'un pédicule ovarique. La deuxième est une observation d'abcès par congestion avec curettage. La troisième a trait à une arthrite blennorrhagique aiguë chez une femme qui fut guérie par l'arthrotomie suivie seulement de quatre injections. Enfin la quatrième est une péritonite tuberculeuse pour laquelle une laparotomie suivie de lavage de la cavité abdominale fut pratiquée.

Le deuxième rapport concerne une opération du Dr Jullien (de Saint-Lazare). Etle a pour titre : *Péritonite suite de perforation intestinale.* Il s'agit d'une femme de 20 ans, atteinte d'une uréthrite, qui fut prise tout à coup à l'hôpital, d'accidents de péritonite par perforation- Opérée *in extremis*, elle succomba au bout de plusieurs jours. M. Jullien trouva du pus dans le petit bassin, draina par le vagin le cul-de-sac de Douglas et à l'autopsie trouva une perforation intestinale. A quoi était due cette solution de continuité ? En l'absence de fièvre typhoïde, on ne put incriminer ni la tuberculose, ni aucune lésion inflammatoire; on fut donc obligé d'admettre comme cause de la perforation une rupture due à un traumatisme remontant à vingt-neuf jours. Cette fille, avant son entrée à Saint-Lazare, avait été, en effet, rouée par des souteneurs, ainsi que le prouvait un rapport de police.

Ces cas de rupture à longue échéance existent du reste dans la science. Poland en cite ; Mac-Even a vu un malade mourir de rupture de l'intestin grêle 47 jours après le traumatisme et un autre succomber de la même lésion 84 jours après l'accident.

Il faut donc être sur ses gardes dans des cas semblables. L'intervention de M. Jullien était pleinement justifiée et la malade aurait pu être sauvée si une suture intestinale avait été pratiquée ; mais, pour cela, il aurait fallu reconnaître la solution de continuité et rien ne pouvait y faire penser.

Citons encore une communication de M. Moty sur la *généralisation du sarcome.* Comme il l'a annoncé au Congrès de Lyon, ce chirurgien a trouvé des microcoques anaérobies dans le sarcome et dans le sang de sarcomateux. Il a même pu en faire des cultures.

M. Desprès (de Saint-Quentin) présente aussi aux membres de la Société *un brancard à ressorts* pour le transport des blessés et la séance se termine par la présentation de malades.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances de novembre 1894

—

Ictère grave avec hyperthermie sans coli bacille

M. Hanot a récemment observé un cas d'ictère grave avec hyperthermie. Il lui a été impossible de découvrir le coli bacille ni pendant la vie, ni après la mort, pas plus dans le foie que dans le sang. En revanche, il a trouvé le staphylocoque blanc dans le foie et dans le sang de la circulation générale quatre jours avant la mort. Donc l'ictère grave hypothermique serait dû au coli bacille et à d'autres micro-organismes lorsqu'il est hyperthermique.

La fièvre dans la blennorrhagie

M. Trékiolli a recherché la variation de la température dans la blennorrhagie aiguë. Le thermomètre peut s'élever jusqu'à 39° et la fièvre est, d'une façon générale, en rapport avec l'intensité de l'écoulement.

Action de l'acide chlorhydrique sur les microbes

M. Gilbert a étudié l'action de l'acide chlorhydrique libre ou combiné sur divers microbes (coli bacille, bacille d'Eberth, vibrion cholérique). L'HCl libre a une action très nette, tandis que le combiné agit peu. L'estomac ne peut, en fait, exercer sur les microbes la moindre action destructive. Chez le chien, on trouve de nombreux microbes dans le chyme, plus même que dans l'estomac, Même normal, l'estomac ne peut préserver l'intestin contre l'envahissement microbien.

Lésion primitive du tabès

D'après M. Nageotte, on trouve dans le tabès une perinévrite très intense, occupant la portion des poires rachidiennes comprises entre le glanglion et l'entrée des racines dans la cavité arachnoïdienne ; cette périnévrite est d'abord embryonnaire, puis devient fibreuse ; elle est primitive et est suivie de la dégénérescence des fibres des racines postérieures. Les lésions envahissent les racines antérieures au même niveau, mais les tabes nerveux de ces racines résistent bien mieux au processus interstitiel ; cependant, ce serait là la cause, du moins dans certains cas, de la névrite périphérique motrice.

Immunité contre l'action anticoagulante de la peptone

D'après M. Coutejean, l'injection intra-veineuse de 0,30 cent. de peptone, chez le chien, rend le sang incoagulable pendant une heure et l'immunise contre l'action anticoagulante d'une nouvelle injection de peptone. Ce sang immunisé injecté dans les veines et le péritoine d'un autre chien immunise ce dernier contre l'action anticoagulante de la peptone.

Exercice et chimisme stomacal

MM. Surmont et Browelle ont constaté que, lorsqu'on fait prendre à un chien de l'exercice après un repas d'épreuve, l'acidité totale et l'acide chlorydrique augmentent. Il s'ensuit de ces expériences que l'on doit conseiller le repos après le repas aux hyperchlorhydriques et l'exercice aux hypochlorhydriques.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de l'ictère catarrhal

Il est admis actuellement que l'ictère catarrhal est un ictère infectieux.

La base du traitement sera donc l'emploi des purgatifs et des antiseptiques intestinaux.

Le calomel est le meilleur purgatif. On pourra le donner sous la forme suivante :

Extrait de chélidoine. . . .	ãã 0 gr. 60
Calomel à la vapeur	
Poudre d'iris	

Pour 12 pilules. Une toutes les heures (Liégeois).

Gaillard conseille d'administrer un gramme de calomel et de renouveler la dose au bout de deux ou trois jours si l'effet n'est pas suffisant.

D'autres auteurs préfèrent les purgatifs salins.

Limonade :

Sulfate de soude.	50 grammes
Sirop de limon	100 —
Eau de Seltz	200 —

L'eau de Vichy est utile (Hauterive, Saint-Yorre); mais, si l'on a donné le calomel, il ne faudra prescrire les alcalins que 24 heures au moins après ce dernier.

Le lait doit être le seul aliment pendant les premiers jours.

L'antisepsie de l'intestin sera réalisée par le salol qui, d'après Lemoine, est des plus utile (2 grammes par jour en 2 paquets, 1 le matin et 1 le soir), le naphtolel, salicylate

de bismuth ; on insistera en même temps sur les eaux laxatives, afin d'éviter la constipation. La teinture de noix vomique servira à combattre le météorisme.

Les lavements froids sont le meilleur traitement pour rétablir le cours de la bile. La cure a une durée moyenne de 6 jours, d'après Chauffard, quelle que soit la date de début de la maladie ; on doit donner deux lavements quotidiens de deux litres qui seront gardés de 5 à 10 minutes ; la température de l'eau doit être de 15° environ. Il est probable que l'eau froide, en excitant l'intestin, détermine un spasme réflexe des voies biliaires et peut-être aussi une hypersécrétion de la bile.

Les cholagogues, évonymin, podophyllin, ne seront utiles que quand les matière commenceront à se colorer ; il ne faudra les prescrire qu'à petites doses.

BIBLIOTHÈQUE

—

Formulaire des stations d'hiver, des stations d'été et de la climatothérapie, par le docteur De La Harpe, professeur de balnéologie à l'Université de Lausanne. 1 volume in-18 de 300 pages, cartonné, 3 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Ce formulaire comprend trois parties :

Dans la première, sous le titre Climatologie et Climatothérapie, M. de la Harpe a résumé les notions les plus essentielles de la climatologie et les applications générales du climat. Les climats maritimes, d'altitude, du Midi, qui sont le plus souvent prescrits aux malades, ont été étudiés en détail.

La seconde partie comprend l'étude des diverses stations d'hiver et d'été : description sommaire de leur topographie et résumé de leur climatologie et de leurs indications. L'auteur a fait entrer un certain nombre de stations d'altitude moyenne qui offrent en été au médecin de sérieux avantages. Il a décrit aussi avec quelques détails les sanatoriums les plus connus.

La troisième partie enfin traite des applications thérapeutiques du climat ; M. de La Harpe y a introduit le résumé des principes exposés dans les ouvrages classiques.

COURRIER

—

— Des congés sont accordés, sur leur demande, à M. G. Sée, professeur de clinique médicale, et a M. Richet, professeur de physiologie.

M. Gley, agrégé, est chargé d'un cours de physiologie.

M. le docteur Sabouraud est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Darier, démissionnaire.

— Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, près l'Ecole de médecine de Rouen, s'est terminé par la nomination de M. Martin, chef de clinique obstétricale à ladite Ecole.

— Les douaniers des côtes peuvent être appelés à secourir des asphyxiés par submersion ; mais les instructions sur les mesures à prendre d'urgence en pareil cas, manquent.

Le directeur général des douanes vient de prendre une bonne mesure. Il a décidé de faire afficher dans tous les postes douaniers une instruction détaillée du procédé des tractions rythmées de la langue de M. Laborde.

— La ville de Nagasaki a offert au professeur Kitasato, une magnifique coupe en or, à l'occasion de sa découverte à Hong-Kong du bacille de la peste.

— On sait que les médecins en cas de guerre sont considérés par les officiers comme « non-combattants ». Qu'on en juge !

Dans la guerre sino-japonaise, au grand combat naval de Yalu, les Japonais ont eu une centaine d'hommes tués. Sur ces 100 morts, deux sont des médecins, les docteurs Miyake et Murakoski. Un troisième médecin, le colonel-chirurgien Kawamura, a été gravement blessé et est encore en traitement à l'hôpital de Sasebo.

Faculté de médecine de Vienne. — La Faculté de médecine de Vienne compte pour le semestre d'hiver actuel, 28 professeurs ordinaires, 39 extraordinaires et 82 privat docent ou assistants.

Pendant le dernier semestre d'été elle a compté 2,427 étudiants (soit près de la moitié du total des étudiants de l'université) dont 1,584 auditeurs ordinaires (soit 119 de moins que dans le semestre correspondant do 1893), 322 extraordinaires et 521 auditeurs bénévoles.

— Il serait question, en haut lieu, de désigner comme médecin en chef du corps expéditionnaire de Madagascar, M. le docteur Bonnafy, directeur du service de santé du corps d'armée de la marine, en raison de sa compétence technique spéciale, ou encore M le médecin en chef Duchâteau, médecin de l'une des divisions de ce corps d'armée. Cette décision serait d'autant plus fondée qu'il serait rationnel, en effet, de confier la direction de cet important service, à un médecin versé dans l'hygiène et la pathologie coloniales et habitué, d'autre part, aux manœuvres et aux formations sanitaires.

(*Tabl. des Deux-Char.*)

Faculté de médecine de Montpellier.— Un congé, du 1er novembre 1894 au 30 avril 1895, est accordé, sur sa demande, à M. Lavergne, chef de la clinique obstétricale.

Un congé est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Dubreuil, professeur de clinique chirurgicale.

M. Lapeyre, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale.

Un congé est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Paulet, professeur d'anatomie.

M. Gilis, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1894-1895, d'un cours d'anatomie à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Toulouse. -- Sont maintenus, pour l'année scolaire 1894-1895, dans les fonctions de préparateurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse :

MM. Campistrou (anatomie pathologique), Thévenin (thérapeutique), Iversenc (hygiène).

Sont nommés, pour l'année scolaire 1894-1895, préparateurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse :

MM. Guy (pathologie chirurgicale), Boyer (pathologie médicale), Verdun (pathologie et thérapeutique générale), Maraval (médecine légale), Ribaut (pharmacie), en remplacement de MM. Jammes, Baylac, Bonnet et Pierre, dont les fonctions expiraient le 31 octobre 1894.

— Un concours s'ouvrira le 20 mai 1895, devant l'Ecole de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

— Le concours de l'internat des hôpitaux d'Alger s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Richardot, Bonnard, Patry, Cabanes et Bornet.—Internes provisoires : MM. Barillon, Murat, Bulliod, Monnet (John), Maquet, Brucker, Manoni et Krentz.

Tentative d'assassinat sur un médecin. — Mardi soir, vers quatre heures, le docteur Bouffier était dans une vespasienne près la rampe de la Bourse, à Cette, lorsqu'un individu s'approcha de lui et lui tira deux coups de revolver.

Le docteur tournoya et tomba à la renverse. Il avait reçu une balle dans le cou, au côté droit, et celle-ci s'était logée près du cervelet. Le docteur put crier : « Au secours! » et, pendant qu'on le transportait dans une pharmacie, le meurtrier, un journalier nommé Boutes, s'enfuyait à la mairie pour échapper à la foule et était aussitôt arrêté.

Le meurtrier, hébété, ne paraissait pas conscient de son acte. Il attribue au docteur la mort d'un enfant de trois ans survenue hier. Le docteur l'avait visité, avait ordonné une potion et annoncé qu'il ne reviendrait pas, sauf complications.

Boutes n'acheta pas la potion et l'enfant mourut. Le père, surexcité, prit un revolver et sortit à la recherche du docteur. La blessure ne paraît pas mortelle.

Faculté des sciences de Paris. — M. le professeur Dastre ouvrira son cours de physiologie, rue de l'Estrapade n° 18, le lundi 19 novembre, à dix heures et demie, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure. — Il traitera de la nutrition. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans des conférences qui auront lieu chaque mardi, de une heure à trois heures.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, ouvrira son cours de chimie analytique, rue Michelet, n° 3, le lundi 19 novembre, à trois heures, et le continuera les lundis suivants, à la même heure. — Il terminera l'étude du dosage et de la séparation des métaux et traitera des applications de l'électrolyse à l'analyse chimique.

M. le professeur de Lacaze-Duthiers ouvrira son cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, le mardi 20 novembre, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les mardis el samedis suivants, à la même heure. — Il traitera de la reproduction et de l'embryogénie. Les manipulations auront lieu le jeudi, de midi et demi à trois heures, dans les laboratoires, sur les sujets relatifs aux examens de la licence.

M. le professeur Duclaux ouvrira son cours de chimie biologique, le mardi 20 novembre, à deux heures et demie, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Il étudiera les actions de diastases et les industries qui les utilisent.

M. le professeur Bouty ouvrira son cours de physique, le mardi 20 novembre, à une heure, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de la thermodynamique, de la capillarité et de l'optique (phénomènes de polarisation exclus). Des manipulations et des conférences sont dirigées pendant toute l'année par le professeur.

M. J. Chatin, professeur adjoint, fera, les lundis et les jeudis, à quatre heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, des leçons sur les organes et fonctions de relation.

M. A. Combes, maître de conférences, fera, les mardis et les samedis, à trois heures et demie, rue Michelet, n° 3, des conférences de chimie organique. — Il traitera des généralités de la chimie organique et fera l'étude particulière des corps de la série aromatique.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — II. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux ; Société de dermatologie. — III. A propos de la mort du Tsar. — IV. Courrier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

—

La sérumthérapie en France et à l'étranger. — La taxe municipale de désinfection appliquée à la banlieue de Paris. — L'Hôtel des ventes et les maladies contagieuses.

La sérumthérapie est toujours l'actualité du moment. L'opinion médicale continue à lui être favorable dans l'Europe entière ; cependant la note discordante dont nous parlions dans une de nos précédentes chroniques s'est fait entendre. C'est de l'Allemagne qu'elle est venue. Dans une brochure intitulée : *Immunité, théorie de l'infection et sérum antidiphtérique*, MM. Go tsein et Schleich attaquent vivement la nouvelle méthode, tant au point de vue de la doctrine que sous le rapport des applications. Ils mettent en doute l'exactitude des statistiques publiées, ainsi que les succès obtenus dans les hôpitaux. Le professeur Rosenbach (de Breslau) se borne à mettre le public en garde contre l'incertitude de l'action du sérum et contre les dangers possibles du traitement. Dans la même ville, le professeur Kast, en ouvrant son cours de clinique, a cité la statistique établie par Kossel d'après les observations faites dans les hôpitaux de Berlin, et de laquelle il résulte que la mortalité par suite de l'emploi du traitement est tombée de 34 où 40 pour 100, à 23 ; mais il s'empresse d'ajouter qu'en Silésie, Guttemann a obtenu des résultats encore plus brillants par la pilocarpine ; d'autres disent n'avoir pas perdu un malade, en employant, qui la résorcine, qui le cyanure de potassium ou le chlorate de potasse. Enfin, Kossel lui-même, à Hambourg, n'a perdu que 12 enfants sur 144, grâce à une méthode qui consistait à tenir leur bouche propre et à les bien nourrir.

Il faut conclure de tout cela que la diphtérie à laquelle ces heureux praticiens avaient affaire, n'était pas la même que la nôtre où qu'ils étaient moins rigoureux dans leurs diagnostics. Il est enfin une autre façon d'expliquer les mauvaises dispositions des médecins allemands pour la nouvelle méthode. C'est qu'elle vient de Behring et qu'il ne jouit pas de la sympathie de ses compatriotes.

Emmerich (de Munich) s'est montré plus juste envers la sérumthérapie. Il exprime la pensée que c'est la thérapeutique de l'avenir pour les maladies infectieuses ; qu'il ne faudrait pas se laisser décourager par quelques insuccès et qu'il serait plus juste, le cas échéant, de les attribuer à la mauvaise préparation du remède qu'à l'insuffisance de la méthode.

L'Italie montre également quelque défiance à l'égard du nouveau traitement. La Société royale d'hygiène de Turin s'est occupée de la question dans sa séance du 3 octobre ; elle a émis l'opinion que la souscription qu'on venait d'ouvrir dans la ville à l'effet d'y créer un institut spécial, était un peu prématurée et qu'il valait mieux attendre que des expériences plus décisives aient confirmé la valeur de la méthode. Une commission a été nommée pour se livrer à cette étude et, depuis six semaines qu'elle fonctionne, elle a eu le temps de s'éclairer. A Gênes, le docteur Arthur Risso, élève de Behring, a modifié le mode de préparation du sérum antidiphtérique et obtenu un

produit qu'il dit bien supérieur à celui de son maître. C'est le cheval qui le fournit.

Le professeur Bokai a communiqué à la Société médicale de Budapest les résultats d'une première série de 35 cas de diphtérie traités dans son service, du 11 septembre au 25 octobre, à l'aide du sérum de Behring. Ils se rapprochent sensiblement de ceux que M. Roux a obtenus à l'Hôpital des enfants. Il n'a perdu que 5 malades (14 pour 100), encore ont-ils succombé à des accident consécutifs (scarlatine, infection septique, bronchite, etc.)

On n'est pas encore bien fixé à Londres sur la signification des résultats obtenus. L'Institut de médecine préventive n'a pu fournir de sérum qu'à l'un des *Metropolitan asylums Board Hospitals*, qui n'a pas encore pu faire d'essais concluants. A Saint-Bartholomew, les docteurs Gee, Church et Hensley ont traité un grand nombre de malades avec le serum d'Aronson envoyé d'Allemagne et ils ont obtenu de nombreux succès, surtout dans les cas où la maladie n'a pas été de longue durée.

Les différences qui se font remarquer entre les résultats que nous venons d'exposer tiennent vraisemblablement à ce qu'on ne se sert pas partout du même remède. La préparation du sérum antidiphtérique est extrêmement délicate et sa valeur ne peut être jugée que par la nature des résultats obtenus. Elle échappe à toute analyse et, par conséquent, les effets qui ont été observés sur différents points de l'Europe ne sont pas comparables entre eux. Il est possible qu'on emploie, dans certains hôpitaux, des produits dépourvus de toute valeur. Aussi ferons-nous bien de nous en tenir au sérum de l'Institut Pasteur, dont la préparation est toujours la même et nous offre toutes garanties.

Dans ma dernière chronique, je manifestais l'espoir qu'il ne se fonderait pas, en province, d'institut pour la préparation du nouveau vaccin. Mon désir ne s'est pas réalisé. Nombre de grandes villes s'apprêtent déjà à en créer. Les conseils municipaux y mettent un empressement regrettable. Ceux de Marseille et de Bordeaux ont déjà voté de petites sommes absolument insuffisantes du reste pour réaliser une fondation de cette importance. La ville du Havre a fait de même. Le conseil général d'Alger a voté un crédit de 2,000 francs pour annexer un institut antidiphtérique à l'institut antirabique qui y existe déjà. D'autres villes, à mon avis mieux inspirées, se sont bornées à voter des allocations pour se procurer du vaccin à l'Institut Pasteur.

Le Conseil municipal de Paris, par l'organe de sa cinquième commission, s'est mis en rapport avec les représentants de l'Institut Pasteur, et il a été convenu qu'une allocation de 20,000 francs suffirait pour le moment. 15,000 seront portés au compte de la Ville et 5,000 à celui du département de la Seine (1). Le Conseil vient de voter de plus, à l'unanimité, les fonds nécessaires pour construire, à l'hôpital des enfants, suivant le désir exprimé par M. Roux, huit nouvelles chambres d'isolement pour les diphtériques. Enfin, il a décidé qu'une médaille d'or serait décernée à M. le docteur Roux au nom de la Ville de Paris.

(1) Séance du Conseil municipal de Paris des 7 et 16 novembre 1894. (*Bulletin municipal officiel*, p. 2553 et 2648)

Le Conseil municipal, dans sa séance du 19 novembre, a également voté un nouveau crédit de 25.000 francs pour couvrir les dépenses faites à l'effet d'étendre à la banlieue le service des étuves à désinfection, et il a voté en même temps l'application aux communes qui en font partie de la taxe municipale imposée depuis quelque temps à la Ville de Paris. On sait, en effet, que, pendant longtemps, le service de la désinfection a été gratuit pour tout le monde ; mais peu à peu les demandes sont devenues tellement nombreuses qu'elles ont entraîné des dépenses considérables. Cette année, le crédit de 116,000 francs alloué à se servicc est épuisé et le Préfet de police a été obligé de demander au Conseil municipal le supplément de fonds qu il vient de lui accorder. Cela prouve que la taxe ne ralentit pas le mouvement, et cela se comprend du reste.

La désinfection est entrée dans nos mœurs, en attendant qu'elle soit obligatoire. Elle est du reste une conséquence de l'application de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 (1). Or, il n'y a de désinfection sérieuse que celle qui est effectuée par le service municipal.

Les établissements privés ne présentent aucune garantie, ainsi que de nombreuses inspections l'ont prouvé. Dans un travail que le docteur A.-J. Martin a communiqué à la Société de médecine publique au mois de mai 1891, il dit que l'organisation de ces établissements ne mérite aucune confiance et qu'il n'en est pas un qui réponde aux desiderata les moins rigoureux. M. Deschamps, médecin inspecteur des épidémies du département de la Seine, dans un rapport au Conseil d'hygiène (2), reproduisait au bout de deux ans les mêmes allégations. Les choses sont encore dans le même état. Dans certaines de ces usines, les effets contaminés et ceux qui viennent d'être purifiés sont réunis dans le même local ; dans d'autres, on se borne à projeter sur eux de la vapeur d'eau sans pression ; il en est où on se contente de les asperger avec un liquide désinfectant quelconque. Tout cela n'est propre qu'à inspirer une fausse sécurité et voilà pourquoi on a surtout recours aux étuves municipales ; on est sûr de leur bon fonctionnement et la taxe est trop faible pour arrêter les familles.

Elle est proportionnelle au loyer. Gratuite pour les personnes qui ont un loyer de moins de 500 francs ; elle est de 5 francs pour un loyer de 500 à à 800, de 10 francs entre 800 et 2,000, et de 15 francs entre 2,000 et 3,000.

— Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, dans sa séance de vendredi dernier, s'est occupé d'une question qui se rapporte à celle-là. M. Dujardin-Beaumetz a appelé son attention sur les maladies contagieuses qui partent de l'Hôtel des Ventes. On sait que cet établissement donne asile à tous les mobiliers qui y sont envoyés par leurs propriétaires ou qui y arrivent à la suite de saisies judiciaires, sans qu'on s'informe de leur état de propreté. A maintes reprises, on a vu des cas de diphtérie, de fièvre typhoïde causés par des matelas achetés à l'Hôtel des Ventes et n'ayant subi aucune désinfection. Le Comité consultatif d'hygiène de France s'en

(1) *Union médicale*, n° du 3 juillet 1894. Déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

(2) Rapport au Conseil d'hygiène du département de la Seine sur la désinfection par l'industrie privée. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1893, p. 357.)

est occupé, le ministre de l'instruction a fait des démarches près de l'administration de l'Hôtel des Ventes et n'est arrivé à aucune solution.

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, saisie de la question par le docteur Pinard, qui avait été témoin de cas de diphtérie remontant à cette source, a tâché d'exercer une pression sur l'administration de l'Hôtel des Ventes ; elle n'a obtenu que des promesses qui ne se sont jamais réalisées.

La préfecture de police est impuissante sur ce terrain. L'Hôtel des Ventes dépend du ministère du commerce. La préfecture de la Seine est également désarmée, la loi du 5 avril 1884 sur les pouvoirs des maires en matière de salubrité n'étant pas applicable à Paris. Les exigences de l'hygiène ne sont pas faciles à réaliser dans cet établissement. Les pauvres mobiliers saisis par autorité de justice doivent être vendus dans les 24 heures. A l'époque du terme, on en vend parfois une cinquantaine dans la même journée, Ils arrivent le matin, sont mis en ordre et vendus dans l'après-midi. Il est impossible, dans ce laps de temps, de procéder à leur désinfection, et cependant, ce sont les plus pauvres mobiliers qui sont les plus souillés et les plus rapidement vendus.

Il est impossible qu'il n'y ait pas quelque chose à faire pour remédier à un pareil danger. On a obtenu sans peine la désinfection des objets déposés au Mont de-Piété ; on doit trouver le moyen de faire de même à l'Hôtel des Ventes. Il faut pour cela s'entendre avec les commissaires-priseurs et trouver avec eux une solution qui sauvegarde la santé publique, sans nuire au fonctionnement de l'Hôtel.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité a nommé à cet effet une commission de cinq membres qui doit se réunir prochainement.

Jules Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre. — Présidence de M. Ferrand

Les pièces anatomiques que M. Huchard présente à la Société dès l'ouverture de la séance, proviennent d'une femme de 33 ans qui succomba rapidement à une attaque d'**angine de poitrine**, deux jours après son entrée à l'hôpital. Ce fait est intéressant à trois points de vue. D'abord il confirme la théorie coronarienne de l'angine de poitrine vraie ; on voit, en effet, une oblitération presque complète de l'embouchure des coronaires. De plus, chez cette malade, la douleur s'est présentée sous forme de gastralgie intense ; c'est la forme pseudo-gastralgique de l'angine de poitrine. Enfin la malade a succombé non pas brusquement par syncope, mais rapidement en une demi heure, par asphyxie. Dans un cas observé par M. Duflocq, la mort était survenue très brusquement ; à l'autopsie on avait trouvé une oblitération presque complète de l'artère coronaire, au niveau du sillon interventriculaire, et sur une étendue de un demi-centimètre.

On sait depuis longtemps que l'un des plus précieux effets de la balnéation froide dans les maladies infectieuses, est une diurèse abondante ; les bains froids débarrassent ainsi l'organisme d'une quantité plus ou moins considérable de poisons ; ce n'est pas là un de leurs moindres avantages.

M. Ausset, de Limoges, vient démontrer cette augmentation par la méthode de Brand de l'élimination des poisons qui prennent naissance dans l'organisme au cours des maladies infectieuses. Pour cela, il a dosé la toxicité urinaire des malades aux diverses phases de leur maladie.

Dans la fièvre typhoïde, par exemple, le pouvoir uro-toxique est diminué des deux tiers. Or, dès les premiers bains froids, ce pouvoir uro-toxique revient à la normale et augmente ensuite quelquefois du double. Les nombreux exemples que cite M. Ausset prouvent bien que c'est à un rétablissement de la fonction rénale qu'il faut en grande partie attribuer les guérisons inespérées que l'on obtient souvent par la balnéation froide.

M. Millard apporte ensuite à la Société onze observations de **pérityphlite** guéries par le traitement médical. Pérytiphlite est la dénomination qu'il préfère, à l'exemple de M. Roux, de Lausanne.

Ces exemples sont au moins la preuve qu'il ne faut pas agir avec trop de précipitation ; et l'on peut en déduire quelques conclusions relatives à l'étude clinique de la péri typhlite. Le début par la colique appendiculaire est des plus fréquents ; susceptible d'être prise pour uno colique hépatique ou néphrétique, elle peut être la source d'erreurs de diagnostic au début. Le siège des douleurs est très variable ; le point de Mac Burney est loin d'être constant, et l'on a singulièremont exagéré la fréquence de l'importance clinique.

De même la tumeur péri-cæcale peut présenter la forme et les dimensions les plus différentes ; une fois même on a pu penser à un phlegmon périnéphrétique ; la forme allongée qui correspond à l'ancienne description de la typhlite est peut-être la plus rare de toutes.

Un fait important, c'est que la tumeur est toujours un peu sonore quand on peut la percuter. Les variétés de forme et de dimensions de la tumeur sont en rapport avec l'insertion de l'appendice et le rapport qu'il affecte avec la masse intestinale.

Les vomissements sont la règle et apparaissent dès le début.

La constipation est la règle, mais cède assez facilement.

La fièvre varie beaucoup suivant les sujets ; elle s'accompagne toujours de paroxysmes vespéraux.

La durée de la maladie est moins longue qu'on ne l'a dit.

Les rechutes sont peut-être fréquentes, mais M. Millard n'en a pas observé.

Le diagnostic est surtout difficile au début.

Le pronostic doit être considéré comme favorable le plus souvent, mals on doit toujours se tenir snr la réserve, car des complications graves peuvent toujours survenir.

Le traitement est des plus simples : Repos absolu et prolongé au lit ; révulsifs cutanés, purgatifs doux, opiacés, c'est le traitement de la péritonite partielle.

M. Millard déclare en terminant qu'il ne veut point prouver la supériorité absolue du traitement médical de la pérityphlite ; mais il veut pour ainsi dire le réhabiliter en opposant les faits qu'il a observés aux merveilleux résultats que donne l'intervention chirurgicale.

La Société met la question à l'ordre du jour de la prochaine séance, et il est à prévoir que plusieurs de ses membres, « fouillant dans leurs souvenirs et dans leurs cartons », apportent de nombreuses et intéressantes observations.

SOCIETE DE DERMATOLOGIE

—

La Société de dermatologie a consacré sa réunion du 8 novembre à écouter l'éloge du professeur Rollet, prononcé par M. Jullien, et a levé ensuite la séance en signe de deuil.

Une séance supplementaire a eu lieu le 15, et a été un peu... encombrée par le grand nombre des présentations. Nous avons entendu l'un des membres de la Société, et non des moindres, s'élever contre l'habitude que prennent certains confrères de présenter un même malade avant, pendant, après sa guérison, en donnant chaque fois une observation complète. Les comptes rendus de la Société se trouvent ainsi encombrés de répétitions et les véritables mémoires, ceux qui exigent un travail sérieux, deviennent de plus en plus rares. Au bureau de la Société d'aviser.

Le défilé des malades a commencé par une jeune syphilitique présentée par M. Jullien, comme atteinte d'un zona spécifique. L'éruption, précédée d'une période de douleurs, s'était produite sur le territoire terminal du 2e nerf intercostal et avait été érythémato-papuleuse et non vésiculeuse. M. Jullien repousse l'idée d'une névrite hydrargyrique, la malade ayant pris fort peu de mercure, ne croit pas qu'il puisse s'agir d'un zona ordinaire, vu le caractère de l'éruption, et conclut à une névrite due à l'action des toxines (?) de la syphilis. Mais, M. Besnier l'a fait aussitôt remarquer, un zona peut être fruste quand à l'éruption et, de plus, la malade a souffert pendant une quinzaine de jours avant de présenter le moindre accident cutané ; on doit donc considérer la pathogénie admise par M. Jullien comme très hypothétique.

Un autre cas de zona, qui a fait l'objet d'un travail de MM. Hallopeau et Jeanselme, a été aussi très discuté. Pour les présentateurs, il s'agissait d'un zona de la joue accompagné d'une gangrène massive à progression excentrique. Ils admettent de plus que le zona peut donner lieu par névrose dermique à des ulcérations qui tendent moins à se propager excentriquement ; et, enfin, qu'il survient parfois, sous l'influence de la toxémie gangréneuse, des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses sur différentes parties de la surface cutanée. M. Sabouraud pense qu'il ne s'agit pas d'un zona, mais d'un cas de charbon, et cet avis est partagé par plusieurs membres de la Société. Le bacille sera recherché et on aura le résultat de l'examen à la prochaine séance.

L'*Union* a publié, il y a quelque temps, les belles leçons de M. le professeur Fournier sur les langues syphilitiques. M. Mondel a montré un cas d'une de ces glossites, la glossite papulo-lenticulaire. La muqueuse linguale présente des taches surélevées grisâtres, allongées ou arrondies, lenticulaires, dont le diagnostic avec la leucoplasie simple est fort difficile. Ajoutons qu'il s'agit là d'une affection rebelle qui récidive avec une déplorable facilité.

Un syphilitique présenté par M. Gaucher était aussi porteur d'une lésion rare à diagnostic difficile. Ce malade, tabétique, a, en effet, au-dessus de l'articulation tibiotarsienne des exostoses que l'on est naturellement porté à croire syphilitiques, tandis qu'elles doivent être rangées parmi les troubles trophiques dus à la lésion médullaire. Voici, d'après M. le professeur Fournier, les signes distinctifs de ces exostoses tabétiques; grande rapidité d'évolution ; — indolence absolue ; — inefficacité du traitement spécifique. Au contraire, les exostoses syphilitiques évoluent beaucoup moins vite, sont très douloureuses et disparaissent rapidement sous l'influence d'une médication appropriée. Très intéressante encore la communication de M. Galezowski sur les lésions oculaires de la syphilis héréditaire. L'hérédo-syphilis peut produire du côté de l'appareil de la vision des lésions très diverses : malformations des paupières, de l'orbite, des voies lacrymales ; — paralysie des nerfs moteurs des yeux avec ptosis, cryptogame, strabisme,

astigmatisme, etc. ; — arrêts de développement du globe. Les irido-choroïdidites, la rétinite pigmentaire, qui existent toujours, permettent seules, en présence de ces diverses lésions superficielles, d'affirmer la syphilis et de diriger le traitement en conséquence : l'examen ophtalmoscopique ne doit donc, jamais être négligé lorsque l'on se trouve en présence, chez un enfant, d'un strabisme, d'une altération des voies lacrymales, dont les causes restent obscures.

Deux savants étrangers, MM. Ehbert et Stoukowenkoff, ont envoyé des mémoires à la Société. Le premier apporte une contribution à l'histoire des rapports entre la syphilis et la paralysie générale en montrant que ces deux maladies sont, en Islande, aussi rares l'une que l'autre. M. Stoukowenkoff a découvert que, dans le pemphigus, l'épiderme est altéré dans sa totalité ; il y a affaiblissement des liens unissants la couche cornée aux couches sous-jacentes.

Terminons en mentionnant les présentations de MM. Hallopeau et Jeanselme sur un nœvus lichenoïde ou longue trainée linéaire ; — de M. Darier, sur un eczéma chronique consécutif à la vaccination ; — de M. Renoux, sur les modifications que la syphilis apporte aux dermatoses vulgaires.

A propos de la maladie du Tsar

LETTRE DU DOCTEUR ZAKHARINE

Le docteur Zakharine vient de donner au *Journal de Moscou* une lettre que reproduit la *Médecine moderne* et qui nous paraît intéressante à cause de son actualité.

La voici :

« L'influenza du mois de janvier a sans doute beaucoup ébranlé la santé de l'empereur, mais celui-ci était déjà fort affaibli à la suite des *épistaxis* qu'il avait eues au mois d'août 1893 et de la bronchite avec fièvre qu'il a eue pendant l'automne suivant, sans parler du surmenage constant auquel il se livrait et de l'absence de sommeil.

« C'est pendant l'attaque d'influenza du mois de janvier — c'était le troisième accès de cette maladie — que j'ai été pour la première fois appelé auprès de l'empereur, et j'ai fait à ce moment, cela va sans dire, tous les jours des analyses chimiques et microscopiques de son urine les plus minutieuses.

« Pendant les trois ou quatre premiers jours, on n'a trouvé dans les urines de nuit qu'une quantité infime d'albumine, comme cela s'observe d'ailleurs dans toutes les maladies avec fièvre ; mais on n'y découvrit pas la présence de cylindres. Trois jours après, l'albumine disparut pour ne plus revenir, du moins jusqu'à l'époque de mon départ, qui eut lieu une semaine plus tard.

« En dehors des personnes qui signaient les bulletins à cette époque, c'est-à-dire le chirurgien Hirsch, le docteur Veliaminof et moi, les mêmes faits ont été constatés par les médecins Bulaïef et Troubatchef.

« De plus, l'état du cœur était normal et cet organe fonctionnait d'une façon satisfaisante.

« Depuis mon départ, jusqu'au 9 août, je n'ai pas eu à soigner l'empereur. Pourtant, dans cet intervalle, j'ai eu le bonheur de le voir un jour afin de l'entretenir de la maladie du grand-duc Georges.

« A la fin de l'audience, le tsar, qui supportait mal l'examen médical, me donna cependant quelques instants pour l'examiner.

« J'ai trouvé que l'appétit était bon, mais que la digestion n'était pas régulière. En se couchant après son repas, qui consistait en du petit lait avec du pain grillé, l'empereur ressentait dans la poitrine un malaise qui disparaissait assez vite.

« Je prescrivis le traitement nécessaire à suite duquel ce phénomène, comme je l'a su plus tard, disparut complètement vers le mois d'août.

« Au cours de cet examen rapide, je n'ai rien trouvé d'inquiétant dans la poitrine, le cœur était toujours normal et fonctionnait bien ; j'ai seulement remarqué un peu de toux provoquée par une laryngite habituelle aux fumeurs. L'empereur avait cependant maigri depuis son séjour à Moscou au printemps de 1893, bien que le sommeil fût bon et que les maux de tête eussent complètement disparu.

« En résumé, son état était très satisfaisant.

« De nouveau, j'attirai son attention sur la nécessité absolue pour lui de s'abstenir de tout excès de travail, de donner plus de temps au sommeil et d'éviter les refroidissements.

« Le 9 août dernier, j'ai été appelé à Peterhof et, à la même époque, le chirurgien Hirsch m'informait que l'état de l'empereur avait beaucoup empiré et que, depuis le mois de juillet, l'albumine avait reparu dans les urines.

« J'ai eu, pour la première fois alors, la constatation de la néphrite et, avec le docteur Goloubof, venu avec moi, nous avons fait l'analyse nécessaire.

« Nous avons reconnu dans l'urine la présence de l'albumine et des « cylindres », puis, en continuant l'examen du malade, nous avons constaté l'hypertrophie du ventricule gauche avec un pouls rapide et faible, les accidents urémiques, l'insomnie, la bouche mauvaise et les nausées fréquentes.

« Le diagnostic établi sur ces données a été adopté plus tard par le docteur Leyden et absolument confirmé par l'autopsie. J'ajouterai encore que l'autopsie a démontré le peu de durée de la maladie : la capsule rénale s'enlevait facilement et la consistance du rein était insignifiante ; tandis que, dans le cas de néphrite interstitielle de longue durée, la capsule s'enlève difficilement, se déchire, et la consistance du rein — devenu des plus durs — augmente considérablement.

« Nous avons, après cet examen approfondi, présenté un rapport sur la maladie ; nous avons clairement indiqué tout le danger, mais dans des termes atténués.

« Nous avons aussi indiqué le régime qui convenait à cet état ; ce régime ne différait en rien de celui que nous avions prescrit au mois de janvier, mais malheureusement l'empereur, d'après son habitude, ne l'avait pas suivi et avait même fait tout le contraire de ce que nous lui avions prescrit : sommeil insuffisant, surmenage intellectuel et même physique, exposition à l'air. Mais ce qui eut une influence fatale sur le développement et la marche rapide de la maladie, ce fut le temps froid et humide de l'été dernier et encore plus le séjour que fit l'empereur dans son palais d'Alexandrie à Péterhof, où il habitait un rez-de-chaussée froid et humide. Les conditions n'étaient guère plus favorables ni à Spala ni à Belovèje.

« Le traitement ordonné visait spécialement les phénomènes urémiques et le fonctionnement du cœur. Plus tard, lorsqu'avec l'apparition de l'œdème ces phénomènes urémiques se calmèrent peu à peu, le traitement avait pour but exclusif la régularisation et le relèvement du fonctionnement du cœur, mais les remèdes — même les plus énergiques — étaient d'une efficacité des plus restreintes et de courte durée.

« Je tiens à protester, en terminant, contre le bruit que l'on a fait courir de l'emploi des ventouses et des saignées : cela est purement faux.

« Docteur Zakharine. »

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Pour cause de réparations urgentes, l'ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Pitié est momentanément retardée. Elle sera annoncée ultérieurement.

— Par arrêté ministériel du 20 novembre ont été nommés membres du jury de concours qui doit s'ouvrir à Paris le 17 décembre prochain pour 17 places d'agrégés des Facultés de médecine (section de pathologie interne et médecine légale) :

1° *Juges titulaires* : MM. Brouardel, Jaccoud, Hayem, Fournier, Joffroy, Grasset, Mayet, Pitres, Herrmann.

2° *Juges suppléants* : MM. Dieulafoy, Landouzy, Brissaud, Ballet.

— Par arrêté ministériel en date du 20 novembre 1894, les étudiants en médecine bacheliers ès lettres ou bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), régulièrement inscrits en vue du grade d'officier de santé, sont autorisés à se présenter à l'examen du baccalauréat ès sciences restreint, pendant les sessions qui seront ouvertes à cet effet en mars-avril, et, une dernière fois, en juillet-août 1895.

Les honoraires des médecins des enfants assistés de la Seine. — Une proposition adressée par M. Peyron au préfet de la Seine, qui doit en saisir le conseil général, propose de régler, dorénavant, ainsi ces honoraires :

1re année, 20 visites, un abonnement de 40 francs; 2e année, 6 visites, 12 francs par an et par enfant; 3e et 4e années, 4 visites, 12 francs par an et par enfant.

4 à 6 ans, 2 visites, 8 francs par an; 6 à 10 ans, abonnement annuel de 5 francs. 10 à 21 ans, plus d'abonnement, mais fixation à 1 fr. 50 ou de 1 franc du prix de chaque visite.

Tout médecin qui omettra une visite obligatoire subira une retenue équivalente.

Ces dispositions motiveront un excédent de dépenses annuelles de 50,000 francs.

Une ambulance anglaise après la bataille de Waterloo. — Un de nos confreres de la presse médicale anglaise a eu l'occasion de consulter des rapports du docteur Mac Neil, médecin-inspecteur des hôpitaux militaires de Bruxelles au moment de la bataille des Quatre-Bras et de Waterloo.

Le 16 juin on réquisitionna les bâtiments suivants : Sainte-Elisabeth, le couvent des jésuites, l'Annonciation, les Orphelines, Notre-Dame et la Gendarmerie, qui reçurent : 4,086 blessés (Allemands, Brunswickois, Hanovriens, Anglais et Français), ceux-ci blessés et prisonniers.

Les admissions furent nombreuses jusqu'au 24 août ; il y eut encore 619 décès, 1,241 guérisons, 377 rapatriements parmi les Anglais, 1,390 guérisons et 179 état stationnaire parmi les prisonniers français. Il y eut 110 cas de gangrène, soit un pourcentage de 2,6 p. 100, parmi lesquels : 6 se terminèrent fatalement, 3 nécessitèrent l'amputation, 49 guérirent et 52 étaient encore en traitement soixante jours après le traumatisme.

Du 1er au 31 août, on pratiqua 258 opérations, 157 amputations ou résections sur les membres, 2 ligatures de la carotide, des trépanations.

Trois mois après la bataille, le 1er septembre, il restait encore à l'hôpital 195 opérés atteints pour les deux tiers des membres inférieurs. A la fin de septembre, 100 jours après la bataille, il en restait encore 65 en traitement. (*Journal des praticiens.*)

Association de la Presse médicale — Affaire Laffitte. — La Commission, nommée par l'*Association de la Presse médicale* pour la souscription Laffitte, s'est réunie à nouveau le 20 novembre dernier. Elle a décidé, pour justifier la réception des sommes qui lui ont été adressées, de publier une liste générale comprenant les noms de tous les sous-

cripteurs, en indiquant à quels journaux, syndicats ou sociétés les fonds ont été remis. Aussi le secrétaire de la Commission serait-il très reconnaissant à MM. les trésoriers de ces journaux, syndicats ou sociétés, de vouloir bien lui communiquer le tableau des souscriptions rassemblées par leurs soins. Il a semblé, en effet, à la Commission qu'il y avait un intérêt majeur à savoir quel chiffre précis l'on avait atteint. Prière d'adresser, le plus tôt possible, ces renseignements à M. le docteur Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association, 14, boulevard Saint-Germain.

La discussion de la loi sur la pharmacie au Sénat. — Le Sénat discute, comme on le sait, en première lecture, la loi sur l'exercice de la pharmacie. Sur la proposition d'un de ses membres, M. Volland, le Sénat a renvoyé à la Commission une proposition tendant à détacher l'article 15 de la loi sur la pharmacie pour en faire d'urgence une loi spécial.

Cet article 15 est ainsi conçu :

« Toutes substances, telles que virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées, et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et la thérapeutique des maladies contagieuses, ne pourront être débitées à titre gratuit ou onéreux qu'après autorisation du gouvernement rendue sur l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique et de l'Académie de médecine.

« Ces produits ne bénéficieront que d'une autorisation temporaire : ils seront soumis à une inspection exercée par une commission nommée par le ministre compétent.

« Les produits seront délivrés au public par les pharmaciens. Chaque bouteille ou récipient portera la marque du lieu d'origine et la date de la fabrication.

« Ces prescriptions ne s'appliquent pas au vaccin jennérien humain ou animal. »

M. Volland a demandé également que l'article ci-dessus fût suivi d'un autre article ainsi conçu :

« Les libéralités faites en vue de faciliter la préparation des virus atténués et sérums thérapeutiques seront, toutes les fois qu'elles ne s'adresseront pas à un établissement reconnu d'utilité publique, réputées faites à la faculté ou école de médecine la plus proche du domicile du donateur, et, à leur refus, aux hospices civils du même lieu ».

De l'antisepsie appliquée aux honoraires des médecins. — On a signalé bien des modes de transmission des maladies contagieuses, mais comme on ne s'avise jamais de tout, on avait oublié le suivant : la transmission par les honoraires que touche le médecin — quand il est assez heureux pour les toucher !

Cette lacune regrettable vient d'être signalée par M. le Dr Demosthène, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest. « La personne qui « honore » le médecin, fait observer notre savant confrère, prend souvent l'argent, monnaie ou billet de banque, tantôt sur la table du malade, tantôt sous son oreiller, c'est-à-dire dans des endroits où il a pu être infecté par le malade (il s'agit, bien entendu, uniquement des cas de maladies contagieuses, fièvres éruptives, érysipèle, etc.). Alors même que « l'honoraire » n'aurait pas subi ce contact impur avec le malade, il peut — ajoute M. Demosthène — être chargé de germes par la personne qui le remet au médecin, parce que cette personne est en contact avec le malade, en raison des soins qu'elle lui donne. Bref, dans les deux cas, le médecin va devenir lui-même, et à son insu, un agent de contamination pour ses autres clients, et ainsi de suite.

« Donc, conclut le professeur de Bucarest — dont nous reproduisons scrupuleusement les recommandations — *il faut nous méfier de l'argent de nos malades*, atteints de maladies infecto-contagieuses, le considérer comme un objet contaminé et nous conduire en conséquence, à savoir :

« 1° Être toujours muni soit d'un porte-monnaie tout en métal, soit d'une pochette en

toile imperméable susceptibles d'être stérilisés (par l'ébullition, le flambage, les solutions antiseptiques ;

« 2° Après avoir reçu l'argent, se désinfecter immédiatement les mains avant de quitter la chambre du malade ;

« 3° Rentré chez soi, se laver de nouveau les mains, stériliser le porte-monnaie et les pièces métalliques par le flambage et désinfecter le papier monnaie par une solution phéniquée à 5 0/0 ou même 18 0/0 pendant au moins une heure.

« Vous m'effrayez — nous disait à ce propos le professeur F.... à qui nous parlions hier de cette nouvelle source de contagion — je ne vais pas oser toucher l'argent de mes malades, *à moi* ! »

Beaucoup de confrères penseront qu'avant de se méfier de l'argent des clients, il faut se méfier... de ne pas le toucher (*Bulletin médical*)

—Sur la proposition du Dr Biggs, le Bureau de santé de New-York a décidé que toute maison où se produirait un cas de maladie contagieuse serait signalée à l'attention du public par une affiche. Suivant les maladies, l'affiche sera de couleur différente : blanche pour la diphtérie, rouge pour la scarlatine et bleue pour la rougeole.

Don de 100,000 francs à la Faculté de Bordeaux. — Le corps des Facultés de Bordeaux va recevoir prochainement un don de cent mille francs de M Dupouy, sénateur de la Gironde. M. Dupouy fait cette donation en mémoire de son père, le Dr Dupouy, qui a exercé plus de cinquante ans à Bordeaux, et à condition qu'il sera créé une chaire de gynécologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Un legs à la société de Biologie. — M. G. Pouchet, professeur au Muséum, décédé récemment, a institué comme son légataire universel la Société de Biologie, en les termes suivants :

« N'ayant pas de famille, je lègue tout ce que je possède à la Société de biologie, où j'ai toujours trouvé bon accueil et sympathie depuis le jour où j'en ai été membre. Je crois fermement que c'est le meilleur usage social à faire du peu de bien que je laisse, environ 2,000 francs de rente. »

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. — M. le Dr Kirmisson a repris ses leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique, et les contine les lundis et vendredis suivants à 9 heures.

Les leçons de cette année seront consacrées aux malformations de la tête et du tronc.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le prof. G. Sée reprendra son cours de clinique médicale le lundi 5 novembre 1894, à 10 heures, et le continuera tous les lundis, à la même heure.

Il traitera surtout la thérapeutique.

Cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker. — M. le prof. Le Dentu commencera ce cours le mardi 6 novembre 1894, à neuf heures et demie du matin, et le continuera es vendredis et mardis suivants à la même heure.

Opérations : les mardis et vendredis après la leçon.

Opérations abdominales : le jeudi à neuf heures au pavillon de gynécologie.

Visite des malades à neuf heures : les lundis, mercredis et vendredis, salle Malgaigne (hommes) ; les mardis et samedis, salle Lenoir (femmes).

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Alfred Fournier a commencé son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 16 novembre, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à neuf heures et demie.

Hospice de la Salpétrière. — M. le professeur F. Raymond a commencé son cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 16 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et les mardis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Jules Simon a repris ses confé-

rences sur la thérapeutique infantile, le mercredi 21 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 17 novembre 1894, à quatre heures (petit amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur a exposé la biographie et les œuvres de Galien.

— La Société des sauveteurs de la Seine a décerné au docteur Roux son grand diplôme d'honneur.

M. Gomot, sénateur, président de la Société, en remettant le diplôme à M. Roux, a rappelé qu'une récompense analogue avait été décernée en 1886 à M. Pasteur.

Le docteur Roux a remercié et a ajouté qu'on lui attribuait une découverte qui n'est pas sienne et qu'il n'a fait qu'appliquer.

Les honoraires médicaux en Amérique. — « Les millionnaires américains sont très généreux à l'égard de leurs médecins. Il est vrai qu'un médecin qui n'a qu'un malade a bien droit à quelque compensation. Les honoraires annuels sont d'ordinaire de 60 à 100,000 dollars (300 à 500,000 francs). Un médecin a reçu 78,000 dollars pour avoir soigné la fille d'un millionnaire pendant deux mois ; un autre 60,000 dollars pour une croisière en yacht de moins de six mois. Un médecin de Philadelphie, appelé à San Francisco, a reçu pour sa consultaiion 25,000 dollars. » D'après le docteur Shrady.

Monstre sternophage. — Du samedi 14 mars 1807, sept heures du soir, sont nées de Bl..., femme de J.-B. Varoquier, vigneron en cette commune de Thil (département de la Marne), lesquelles ont été baptisées par précaution par M. Jean-Baptiste Richard chirurgien demeurant à Pouillon, requis pour accoucher ladite Bl..., femme Varoquier, deux individus qui sont morts en naissant, dont la conformation est telle que les deux individus sont parfaitement bien conformés tant dans leurs parties supérieures qu'inférieures, ayant deux têtes, quatre bras, quatre cuisses et quatre jambes ; les deux individus se trouvant conjoints de manière qu'ils se regardent ; leur jonction commençant à la partie antérieure et inférieure de la poitrine où devroit exister le cartilage xiphoïde qui n'existe pas, les sternums se trouvant réunis en cet endroit quoi qu'il y aye deux poitrines complettes et séparées jusqu'à cette jonction ayant chacune leur côtes et leur sternum. Ladite jonction se continuant jusqu'à deux travers de doigts du pubis de chaque individu : n'ayant qu'un cordon ombilical commun, la capacité du bas ventre commune aux deux individus ; le foie ne faisant qu'un corps assez volumineux, divisé en deux lobes ; le canal intestinal double se terminant à chacun un anus et tenant à chacun un œsophage, le bassin de chaque individu contenant une vessie ; quatre reins, un diaphragme commun qui divise le bas ventre commun des deux poitrines distinctes lesquelles contiennes : l'une, un poumon d'un seul lobe ; l'autre contient un poumon dont le lobe est plus petit que le précédent et le cœur qui est unique et commun aux deux individus. (*Union médicale du Nord-Est.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. A. Guinard : Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. — II. Revue critique chirurgicale. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Revue de la presse de province. — V. Bibliothèque. — VI. Courrier.

Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Par le docteur Aimé Guinard, chirurgien des hôpitaux

Est-il possible, étant donné qu'on a diagnostiqué un kyste de l'ovaire, d'affirmer qu'il s'agit d'un kyste dermoïde ? En d'autres termes, peut-on préciser la nature du contenu d'un kyste ovarien en clinique ? Telle est la question qui fait l'objet de ce court mémoire. Il est bien entendu que je suppose tout d'abord qu'on a par les signes ordinaires reconnu la présence d'une tumeur kystique siégeant dans l'ovaire. C'est donc un point très limité de l'histoire de ces kystes que j'aborde ici, et je désire montrer qu'on peut pousser plus avant la précision du diagnostic et affirmer l'origine congénitale d'un kyste ovarien en se basant uniquement sur l'examen clinique de la malade.

I

Cette question est à peine effleurée dans nos livres classiques. La plupart des auteurs se bornent à nier la possibilité de différencier les kystes dermoïdes et les autres kystes de l'ovaire. Il n'y a qu'un moyen, repète-t-on dans tous les livres, de faire le diagnostic, c'est la ponction exploratrice. Kœberlé pense que, cette ponction n'étant pas absolument innocente, il faudra s'abstenir le plus souvent, et ne la faire que comme une opération préliminaire destinée à être suivie de très près par l'ovariotomie. « On ne doit avoir recours à la ponction, dit cet auteur, que lorsque l'ovariotomie est décidée en principe. »

Dans leur traité des kystes congénitaux, MM. Lannelongue et Achard posent en principe « qu'il n'existe pas de signe qui permette de reconnaître avec certitude ce genre de tumeurs. » Et, parlant de la ponction exploratrice, ils ajoutent « que, dans certains cas seulement, l'examen du contenu obtenu par ponction permet d'établir le diagnostic. »

M. Segond est plus explicite encore dans son article de l'Encyclopédie de chirurgie : « La symptomatologie des kystes dermoïdes de l'ovaire, écrit-il, n'offre rien de caractéristique ; ils sont, comme les autres kystes ovariens, exposés à l'inflammation, la rupture ou la torsion pédiculaire, et le liquide retiré par la ponction est en définitive seul capable de fournir des renseignements décisifs. »

Comme on le voit, je cite des articles récents ; et, comme on peut le penser, dans les mémoires plus anciens, l'incertitude du diagnostic est encore plus manifeste. Je rappellerai seulement ces lignes extraites de la thèse d'agrégation de Cazeaux.

« Dans l'état actuel de la science, nous manquons de signes physiques à l'aide desquels nous puissions, je ne dis pas reconnaître, mais même soupçonner les kystes piléux, avant qu'un travail d'élimination ait permis de pénétrer, par une voie quelconque, jusque dans l'intérieur du kyste. »

En somme, c'est la ponction exploratrice qui est citée partout comme le

seul moyen pouvant éclairer le clinicien sur la nature du contenu kystique. Mais je n'insiste pas, car la laparotomie est un moyen bien plus sûr et au moins aussi innocent. Il est entendu, maintenant, qu'on doit être très sobre de ces explorations, le plus souvent dangereuses. Sait-on jamais quel est le degré de septicité des liquides contenus dans une poche ovarienne? Et ne vaut-il pas beaucoup mieux rester dans le doute sur la nature de ce contenu kystique que de faire courir à la malade les risques d'une péritonite suraiguë. Il ne faut peut-être pas prendre la chose au tragique, comme Stilling, qui « considère la ponction comme un crime », mais on doit, je pense, la rejeter, purement et simplement. Pour terminer ce qui a trait aux opinions émises sur ce sujet jusqu'à ce jour, je dois rappeler que Spencer Wells et Giraldès ont donné comme signe diagnostic des tumeurs qui nous occupent la différence de consistance des parois kystiques à la palpation. Tandis que certaines parties sont nettement fluctuantes, d'autres donnent la sensation de tumeurs solides ou de nodules cartilagineux.

D'autre part, Lawson Tait a signalé le symptôme douleur comme capable à lui seul de faire diagnostiquer un kyste dermoïde de l'ovaire. Il est presque inutile de dire que cette inégalité de consistance des parois, signalée par Spencer Wells, n'a vraiment aucune valeur dans le cas particulier, et se rencontre tout aussi bien dans la plupart des kystes multiloculaires. Quant à la douleur, elle a, en effet, une importance majeure dans la question et Lawson Tait a le mérite d'avoir insisté sur les renseignements qu'elle peut fournir. Mais, comme nous le verrons plus loin, ce symptôme n'acquiert une véritable valeur pathognomonique que s'il est associé à d'autres éléments sur lesquels nous voulons précisément appeler l'attention.

II

Avant d'aller plus avant dans le sujet, je vais montrer comment j'ai été amené à l'opinion ferme que je me suis formée sur ce sujet. Je ne donnerai ici qu'un très court résumé des observations principales qui sont publiées *in extenso* dans la thèse de mon élève Lesourd (Paris, 1894)

En 1888, je diagnostique en province sur une femme de 28 ans un kyste de l'ovaire et je conseille à la malade de venir à Paris pour se faire opérer. Je la conduis à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Tillaux qui, se fondant sur l'existence simultanée des trois signes suivants :

Douleurs spontanées;

Lenteur de l'évolution (petit volume du kyste) ;

Jeune âge de la malade;

affirme qu'il s'agit d'un kyste dermoïde. La laparotomie démontra qu'il y avait en effet une tumeur du volume d'une tête de fœtus, contenant une quantité considérable de cheveux incolores et douze dents très bien développées dans un liquide puriforme. On voyait, en outre, flotter dans ce liquide, retenu à la paroi par un mince pédicule fibreux, un os bizarre ne rappelant par sa forme aucun os normal.

La guérison eut lieu en quelques jours sans le moindre incident.

J'avais été très frappé de ce fait et, quelques années plus tard, en examinant une malade qui, par une étrange coïncidence, m'était adressée précisément par l'opérée citée plus haut, je diagnostiquai un kyste dermoïde de

l'ovaire. Elle présentait, en effet, très nettement, le syndrôme sur lequel M. Tillaux avait appelé mon attention. Cette femme avait 37 ans et souffrait depuis plus de 15 ans d'une tumeur du ventre. Il s'agissait bien d'un kyste ovarien, mais la tumeur était extraordinairement douloureuse spontanément et elle avait mis plus de 15 ans à évoluer. Je remplaçais alors M. Blum à l'hôpital Saint-Antoine. La malade, deux jours avant l'opération (12 août 1893), fut prise d'une diarrhée incoercible : son kyste s'était ouvert dans l'intestin. La laparotomie montra que la tumeur principale siégeait dans l'ovaire gauche et communiquait largement avec le côlon transverse, à sa partie moyenne. L'ovaire droit était le siège d'un kyste dermoïde du volume d'un œuf de dinde. A dater de ce jour, je puis dire que je n'ai plus rencontré de kyste dermoïde de l'ovaire sans faire cliniquement le diagnostic.

En décembre 1893, une malade du service de M. Peyrot, à Lariboisière, portait, à l'âge de 30 ans, une petite tumeur de l'ovaire gauche qui donnait lieu à des douleurs si vives qu'au moment des règles, depuis un an, on était obligé de recourir à l'usage des injections de morphine. Je fis remarquer aux élèves du service que ce symptôme douleur, qu'on observe rarement dans les kystes multiloculaires de l'ovaire, était associé ici à deux autres signes, le petit volume de la tumeur et le jeune âge de la malade, et qu'il y avait là le syndrôme caractéristique des productions dermoïdes. La laparotomie nous permit d'extirper un kyste dermoïde de l'ovaire gauche du volume d'une tête fœtale, et dans l'ovaire droit une poche de même nature du volume d'un œuf de poule.

Le 14 mars 1894, même diagnostic, basé sur la coexistence des trois mêmes signes. La malade m'était envoyée par M. Landrieux, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire. Elle avait 30 ans et souffrait depuis 5 ans de douleurs abdominales extrêmement vives. Le diagnostic fut confirmé par la laparotomie : la poche présentait une paroi épidermisée avec des cheveux implantés absolument comme sur le cuir chevelu. En plusieurs places, des dents sont fixés comme sur une gencive saillante. Les dispositions de ces productions épidermiques étaient si remarquables que j'ai déposé la pièce au musée Dupuytren.

III

Pour résumer ce qui ressort des lignes qui précèdent, je crois pouvoir conclure qu'il n'existe pas de symptôme qui, pris isolément, puisse caractériser les kystes congénitaux. Mais, lorsqu'on constate chez une malade atteinte de kyste ovarien la coexistence des trois symptômes que j'énumère une dernière fois : la douleur, la lenteur de l'évolution ou le petit volume, ce qui est la même chose, le jeune âge de la malade, on peut affirmer la nature dermoïde de la tumeur. M. Tillaux m'a répété récemment que ce syndrôme lui avait servi depuis plusieurs années chaque fois qu'il s'était trouvé en présence d'une affection de ce genre. Pour ma part, depuis que mon attention est attirée sur ce point, on a vu que j'étais toujours arrivé à la précision la plus complète.

Je dois cependant, pour donner la statistique intégrale de tous les cas que j'ai observés depuis ma première observation, rapporter brièvement deux observations intéressantes d'ailleurs à plusieurs titres.

Le 6 janvier 1894, une petite fille de 12 ans entre à l'hôpital Cochin dans le service de M. Schwartz. Je suis appelé dans l'après-midi comme chirurgien de garde du bureau central. On me présente l'enfant comme atteinte d'occlusion intestinale : depuis trois jours, pas de selles, pas d'émission de gaz par l'anus. Elle avait vomi tous les purgatifs qu'on lui avait fait prendre et rendu intacts tous les lavements qu'on lui avait administrés.

A mon arrivée, je trouve l'enfant assise sur son lit, le visage tiré, le nez pincé, avec des sueurs froides, les mains et les pieds glacés. Elle a des vomissements incessants, et se plaint surtout de violentes douleurs autour de l'ombilic, il est impossible de la faire coucher ; l'examen du ventre est donc impossible et comme l'état général est menaçant, je fais endormir la malade pour l'étudier sérieusement et intervenir s'il y a lieu.

Il suffit de quelques gouttes de chloroforme pour amener la résolution et on est surpris, dès qu'on peut mettre les mains sur le ventre, de constater que sa forme globuleuse est due à la présence d'une tumeur dure, lisse, mobile transversalement, et complètement mate à la percussion. Une incision médiane me fait découvrir aussitôt un kyste dermoïde de l'ovaire du volume d'une tête de fœtus à terme. En mettant la main dans le petit bassin, je constate que le pédicule est tordu plusieurs fois sur son axe; de telle sorte qu'il s'agit en somme d'accidents aigus dus à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Un volumineux paquet de cheveux, au milieu d'une masse sébacée remplit la cavité du kyste. De plus, une dent qui rappelle une canine par sa forme est fixée sur la paroi interne de la poche.

La malade a très bien guéri, sans complication d'aucune sorte. Je l'ai revue récemment chez moi avec sa mère, et je me suis assuré que si je n'ai pas fait le diagnostic de kyste dermoïde avant d'opérer, c'est que j'ai été trompé par les conditions dans lesquelles j'ai vu la malade. Mais nos symptômes pathognomiques existaient bien en réalité. Les douleurs abdominales duraient depuis plus d'un an et l'enfant n'avait que douze ans. Ce n'est donc pas la faute de la clinique, c'est la faute du clinicien — si l'erreur a été commise.

La seconde observation à laquelle j'ai fait allusion est la suivante. J'ai fait une erreur inverse de la précédente. Une femme de 26 ans entre le 7 juin 1894 à Lariboisière, dans le service de M. Peyrot. Elle souffre depuis un an de douleurs vives dans le ventre et porte au-dessus du pubis une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme. Je crois alors reconnaître la présence de notre syndrome pathognomonique et je porte le diagnostic de kyste dermoïde. La laparotomie nous montre qu'il s'agit, en réalité, d'un kyste simple dont le pédicule long et comme œdémateux. Ce pédicule est tordu sur lui-même par trois fois : les parois du kyste sont violacées, épaissies, vascularisées. Cette observation, intéressante par l'erreur à laquelle elle a donné lieu, donne peut-être la raison de l'existence du syndrome de M. Tillaux dans les kystes dermoïdes de l'ovaire. On sait, en effet, que ces kystes sont plus exposés que les autres à se tordre sur leur pédicule. Ce sont, en général, des kystes plus mobiles que les autres et par cela même exposés à l'accident de la torsion pédiculaire, qui donnent lieu à des douleurs si vives, à une sorte de péritonisme et même à des phénomènes graves, simulant l'occlusion intestinale.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il n'en résulte pas moins de tout ce qui précède, qu'on peut dans la majorité des cas, préciser la nature der-

moïde d'un kyste de l'ovaire en se basant sur la coexistence de trois symptômes faciles à apprécier, et en faisant seulement une petite réserve au point de vue de la torsion du pédicule dans les kystes ordinaires.

Je crois donc pouvoir conclure, contrairement à ce qui est admis dans nos livres classiques, que le diagnostic de la nature dermoïde d'un kyste est possible sans qu'il soit besoin de recourir à la ponction exploratrice toujours dangereuse et qui doit absolument être abandonnée.

IV

Il n'y a pas de symptôme qui, pris isolément, permette de diagnostiquer un kyste dermoïde. C'est un syndrome comprenant les douleurs spontanées, la lenteur de l'évolution et l'âge de la malade... qui est pathognomonique.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Dans le dernier compte rendu de la Société médicale des hôpitaux on a pu lire une très intéressante communication de M. Millard, sur le traitement de la pérityphlite.

Pour certains de nos confrères de la presse médicale, ce travail serait le point de départ d'une discussion dans laquelle les médecins soutiendraient l'avantage du traitement médical, et il n'y a pas besoin d'être grand prophète pour prévoir que la thérapeutique par le bistouri sera probablement assez maltraitée.

Déjà, nous lisons dans le Premier-Paris de la *Gazette des hôpitaux*: « La plupart des chirurgiens (tous ne sont pas de cet avis) réclament purement et simplement la direction du traitement : les plus modérés, pour être à portée d'intervenir s'il y a lieu ; les plus enthousiastes, pour opérer presqu'à tout coup et rapidement dès le diagnostic posé. »

Mais certainement que les chirurgiens réclament la direction du traitement, et ils n'ont peut-être pas tort ; quand on viendra les chercher pour une péritonite par perforation, il ne sera plus temps d'opérer et trop souvent ils ne sont appelés que beaucoup trop tard.

Et puis, il faut bien le reconnaître, nombre de chirurgiens, s'ils ont opérés beaucoup après avoir été frappés de la gravité des accidents (car on ne leur apportait que des cas désespérés), sont aujourd'hui beaucoup plus réservés. Les récentes discussions à la Société de chirurgie en font foi. Nous n'en sommes plus à l'époque où Roux (de Lausanne) disait, pendant un Congrès de chirurgie, que la moindre colique appendiculaire commandait l'intervention à froid dès que les accidents s'étaient apaisés.

Les chirurgiens savent parfaitement aujourd'hui instituer le traitement médical et, avouons-le, la chose n'est pas bien difficile. Ce qu'il y a de plus délicat, c'est de saisir le moment où le pus vient de se former ; car à cet instant, le temps presse, et la vie du malade dépend de l'intervention. Or, à l'heure qu'il est, les nombreuses opérations pratiquées, soit pour appendicite, soit pour périțiphlite, ont permis de rapprocher l'intensité des symptômes de la gravité des accidents qui peuvent se produire, ont montré au chirurgien que tel syndrome clinique correspond à telle lésion anatomique, et aussi sait-il choisir son moment.

En résumé, dans la pérityphlite, dans l'appendicite ou dans la typhlite appendiculaire, comme on voudra les appeler, il faut avoir la main armée; nous connaissons, et nous ne sommes pas le seul, plusieurs malades qui sont morts pour n'avoir pas été opérés et même chez lesquels on avait fait un diagnostic plus ou moins bizarre, quand il ne s'agissait que d'une appendicite suppurée. L'intervention a sauvé beaucoup plus de malades que certains médecins ne sont portés à le croire, et comme il y a souvent lieu d'opérer, il nous semble que la présence du chirurgien est légitime auprès du malade atteint de cette affection. Que le traitement médical réussisse dans bien des cas, d'accord. Qu'on l'institue après une première, une seconde, une troisième attaque et qu'il réussisse, cela dépend de la gravité des symptômes. Mais il arrive un moment où les médicaments devront céder la place au bistouri, non pas seulement quand les accidents très menaçants ont éclaté, mais quand ils sont imminents.

Nous espérons que nos collègues des hôpitaux, si (comme on l'annonce) une discussion s'engage à la Société médicale sur ce sujet, ne donneront au traitement médical qne l'importance qui lui est due et n'encourageront pas chez nos confrères une sécurité trompeuse et une expectation trop souvent dangereuse à laquelle le médecin et la famille du malade ne sont en général que trop disposés.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre. — Présidence de M. Rochard

Les séances se suivent et ne se ressemblent pas, car l'Académie a eu à écouter aujourd'hui plusieurs communications intéressantes.

M. Laborde a présenté trois enfants microcéphales, de race grecque, qui non seulement sont nés de parents sains, mais ont eu ensuite des frères parfaitement normaux. De ces enfants, le plus imparfait cérébralement est l'aîné, une fille âgée de 12 ans, dont la circonférence cranienne est de 35 centimètres ; le plus jeune, un garçon de 8 ans, dirige ses mains vers les objets bruyants que l'on place devant lui, il a une circonférence cranienne de 39 centimètres; enfin le troisième, garçon aussi complètement idiot que la petite fille, est âgé de 10 ans et a un crâne dont la circonférence est de 38 centimètres. Les deux garçons sont hypospades; les trois enfants sont cyphotiques, ont la jambe et l'avant bras plus longs que la cuisse et le bras, sont gloutons et gâteux. Placés sur le bureau de l'Académie, ils se tiennent penchés en avant et avec leur front fuyant, leurs bouches saillantes ont un aspect absolument simiesque. D'ailleurs, ils marchent volontiers à quatre pattes, mais en s'appuyant sur le poing fermé et non sur la paume de la main.

Quelle est la cause de cette microcéphalie qui atteint les trois premiers enfants d'une même famille, tandis que ceux qui naissent ensuite sont normalement conformés ?

Pour M. Lancereaux, il pourrait s'agir de la syphilis héréditaire. Ce n'est pas l'avis de M. Besnier ; ce n'est pas non plus celui de M. Guéniot qui rappelle que, d'après ses recherches et celles de M. Lannelongue, la microcéphalie dépend souvent de l'épaississement et de la soudure précoce des os du crâne, lésions qui n'ont rien de syphilitique.

On cherche depuis longtemps le mécanisme exact de la guérison qui survient parfois

à la suite de la laparotomie dans le péritoine tuberculeux. Les chirurgiens se sont comportés de façon si diverses que l'on s'est demandé si l'action de l'air sur le péritoine tuberculeux, n'était pas la seule cause des modifications dans l'évolution des bacilles. Se basant sur cette probabilité de l'action de l'air M. H. Folet, chez une malade atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique qui refusait la laparotomie, crut devoir après évacuation du liquide par la ponction, insuffler huit litres d'air stérilisé dans la séreuse. La malade guérit et cette guérison se maintient depuis huit mois. En recourant à cette insufflation d'air, M. Folet a imité la pratique de Mosetig Moorhoff, qui, en 1892, opérant un enfant atteint de lésions tuberculeuses de l'épididyme, fit pénétrer une canule dans le péritoine en suivant le trajet inguinal et après issue du liquide contenu dans la séreuse, insuffla de l'air. Le petit malade guérit. Il est évident que si des tentatives analogues à celles de Moorhoff et de M. Folet réussissent de même, on pourra, dans les péritonites tuberculeuses, tenter l'insufflation d'air avant de recourir à la laparotomie ; mais, jusqu'à nouvel ordre, un peu de réserve ne nous semble pas de trop.

Tout ce qui a trait aux maladies du soldat est en ce moment d'nn puissant intérêt. MM. Laveran et Regnard sont venus apporter une nouvelle contribution à l'étude du coup de chaleur qui, même dans nos pays, fait chaque année de nombreuses victimes dans les troupes en marches. C'est ainsi que, en sept années, d'après Hilder, le coup de chaleur a frappé dans l'armée allemande 773 hommes dont 116 ont succombé.

Pour Cl. Bernard, la chaleur déterminerait la mort en agissant sur les muscles, en coagulant les fibres musculaires, surtout celles du cœur ; elle agit, a dit l'illustre physiologiste, comme un poison du cœur. Vallin a institué des expérience qui l'on conduit à admettre à peu près la même pathogénie. Il a constaté ainsi que Cl. Bernard que la mort survenait lorsque la température centrale s'élevait à 45°. Or, les accidents du coup de chaleur se produisent souvent chez le soldat en marche, alors que la température extérieure ne dépasse pas 26°. De plus, on ne trouve pas, à l'autopsie, la rigidité du cœur que Cl. Bernard et Vallin considèrent comme la cause ordinaire de la mort par la chaleur.

Aussi M. Vallin lui-même a-t-il admis que la théorie de la coagulation des fibres musculaires du cœur n'expliquait pas tous les faits et s'est-il demandé si certains accidents de l'insolation ne pouvaient pas être rattachés à l'action de la chaleur sur le système nerveux.

Harless a montré que l'excitabilité des nerfs moteurs s'accroissait avec la température jusqu'à une certaine limite variable avec les espèces et que, au delà de cette limite, l'excitabilité diminuait puis disparaissait.

D'autres ont admis que la cause des accidents produits par la chaleur réside dans une altération du sang : défaut d'oxygène ou rétention d'un principe toxique (Lindsay, Hirsch, Obermeier) Vincent conclut de ses expériences, que l'élévation exagérée de la température agit principalement sur le système nerveux central, mais d'une façon indirecte, à la suite de l'empoisonnement de l'économie par les produits de combustion qui s'accumulent dans le sang. Les observateurs sont donc loin d'être d'accord sur la pathogénie des accidents du coup de chaleur.

MM. Laveran et Regnard ont entrepris d'élucider cette pathogénie en se plaçant dans les conditions où se produisent d'ordinaire chez le soldat les accidents de l'insolation. Ils ont soumis à des températures progressivement croissantes des animaux dont les uns étaient au repos, tandis que les autres étaient assujettis à un travail fatigant.

Les expériences ont été faites sur des chiens. Elles ont montré d'abord que les animaux qui travaillent sont bien plus rapidement atteints d'accidents graves ou même mortels que les chiens au repos. C'est là un fait intéressant au point de vue pratique,

car, par les temps chauds, lorsqu'il y a lieu de redouter des insolations, il est indiqué qu'il faut supprimer autant que possible les causes de fatigue.

L'exercice prolongé augmente la température intérieure, chacun le sait, et la température d'un chien qui travaille dans une atmosphère chaude atteint beaucoup plus rapidement 45° que celle d'un chien exposé à la même température mais qui reste au repos.

Heller, qui a étudié les effets de la fatigue sur la température du soldat en marche, a insisté plus spécialement sur ce fait qu'un uniforme chaud et ajusté favorise beaucoup la production des accidents en empêchant le refroidissement du corps. La température rectale atteint alors 39,5 ou même 40°.

Chez les hommes morts d'insolation on constate, comme chez les animaux qui sont tués par la chaleur, une élévation considérable de la température au moment de la mort. Wood, Banmler, Jambosch ont observé des températures de 42°8 dans l'aisselle d'individus frappés des coups de chaleur; Lewicke, dans un cas, a noté 43,6; Dowler et Roch 45°, dans 7 cas mortels.

La mort dans le coup de chaleur n'est pas la conséquence de la coagulation de la myosine, en particulier de celle des muscles du cœur, les autopsies d'animaux pratiquées par MM. Laveran et Regnard mettent ce fait en évidence.

La mort n'a pas lieu non plus par asphyxie, car si on a soin de faire les analyses lorsque l'animal est encore vivant, on trouve que la quantité d'oxygène du sang est normale. Celle d'acide carbonique est en même temps diminuée dans une forte proportion.

Les expériences de MM. Laveran et Regnard ne sont pas non plus favorables à l'hypothèse de la mort par auto intoxication, ainsi que le prouvent les injections faites à d'autres animaux de sang de chien ayant succombé à la chaleur. Si le sang des animaux tués par la chaleur renferme des principes toxiques, il ne paraît pas qu'il s'agisse de toxines assez actives pour entraîner la mort lorsqu'on les introduit dans le sang d'un animal sain.

En réalité, la chaleur agit directement sur le système nerveux; elle agit sur les nerfs et les ganglions du cœur, comme le prouvent les expériences de cyon sur le cœur de la grenouille, et on observe des faits analogues chez les animaux supérieurs morts par la chaleur. C'est donc le système nerveux, directement influencé par l'élévation de la température à 40° et au-dessus, qui joue le principal rôle dans la pathogénie des accidents du coup de chaleur. La mort, dans l'insolation, est la conséquence d'une action directe, excitante d'abord, puis paralysante ensuite de la chaleur sur le système nerveux.

Nous avons tenu à analyser longuement le travail de MM. Laveran et Regnard, qui nous semble fixer un point de pathogénie très discuté.

— La séance s'est continuée par la lecture de rapports de prix dont les conclusions ont été discutées en comité secret.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

Luxation de l'os semi-lunaire. — M. Albertin a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon une observation de luxation de l'os semi-lunaire à travers une place de la face antérieure du poignet. Stimson, rapportant tous les cas connus, cite 9 observations de luxations du semi-lunaire et, parmi ces cas, se trouve une première observation de M. Albertin.

Dans un second cas, il s'agit d'une femme de 45 ans faisant une chute de 4 à 5 mètres

de haut et tombant sur lès poignets dans l'extension forcée. Il s'est produit, au niveau du pli supérieur de la partie antérieure du poignet un déchirure transversale de la peau à travers laquelle l'os semi-lunaire s'est luxé, n'étant plus retenu que par quelques fibres ligamenteuses adhérentes à son bord postéro-supérieur. La plaie était infectée et il a fallu largement débrider et faire le drainage de l'articulation.

M. Albertin admet que la luxation se produit par le mécanisme suivant :

Il faut tout d'abord une violence extrême et une déchirure préalable du tégument par destension exagérée. La déchirure de la peau n'est pas produite par le passage de l'os.

La sangle cutanée faisant défaut à la face antérieure du poignet, les muscles sont tendus mais leurs tendons sont dissociés. Le radius presse violemment sur la partie supérieure du semi-lunaire qui constitue la clef de voute du condyle carpien.

La fixité des os du carpe est assurée par la solidité soit du ligament latéral interne, soit du ligament transverse inférieur. De tous les os, c'est le semi-lunaire qui est le moins fixé par les téguments. Il répond, par sa situation, à l'interstice qui existe entre le ligament antéro-interne, interstice à travers lequel, suivant Poirier, il existe toujours un deverticule de la synoviale.

En outre, lorsque la main est dans l'extension forcée, la direction des facettes articulaires correspondantes du scaphoïde et du pyramidal est telle que le semi-lunaire paraît devoir être énucléé à la façon d'un noyau de cerise entre les doigts, si les facettes e rapprochaient. Le semi-lunaire est pris entre le radius en haut et en arrière, le grand os est l'os crochu en bas ; il est serré latéralement par les facettes obliques du scaphoïde et du semi-lunaire ; il s'échappe par le seul chemin qui lui soit ouvert, la partie antérieure de l'articulation.

Dans les deux cas de M. Albertin, l'os mis en liberté, retenu seulement par quelques ligaments dorsaux, était à la surface de la peau rupturée au niveau de la partie moyenne du pli supéro-antérieur du poignet.

Il ne faut pas songer à la réduction, car il existe presque toujours de l'infection d'emblée, la main ou le bras, au moment de la chute, étant en contact avec le sol ou des substances infectées.

Hémorrhagie bulbo-protubérantielle avec hémorrhagies rénales réflexes. — M. Cl. Regaud a publié l'observation d'un malade de 42 ans, alcoolique, qui succomba ivre, dans le coma apoplectique, après avoir présenté une exagération extrême des réflexes, et chez lequel on trouva, à l'autopsie, des lésions intéressantes. Il y avait d'abord une néphrite chronique interstitielle avec artério-sclérose rénale. De plus, le rein renfermait en maints endroits des nappes d'hémorrhagie interstitielle ; les globules rouges infiltraient les espaces intertubulaires, ils restaient pâles et ne fixaient pas l'éosine hématoxylique. Les globules contenus dans les vaisseaux, spécialement dans les capillaires péritubulaires paraissaient détruits. Les lésions épithéliales étaient aussi très importantes et l'immense majorité des cellules des tubuli n'avaient pas de noyaux colorables. Le foie présentait aussi des lésions dégénératives intenses, et pas une seule cellule n'avait sur les coupes un noyau coloré.

M. Cl. Regaud attribue ces lésions dégénératives aiguës à l'alcoolisme suraigu qui a précédé l'ictus et, du reste, on sait, depuis Leudet père, que l'ivresse peut être suivie du développement d'un ictère grave.

L'hémorrhagie bulbo-protuberantielle était très étendue ; le quatrième ventricule était rempli de sang, la partie inférieure de la protubérance et la partie supérieure du bulbe étaient détruits, etc. L'hémorrhagie s'explique très bien par l'existence de la

néphrite chronique et de l'artérite des artérioles; l'accès d'alcoolisme aigu l'a provoqué par la congestion cérébrale qui l'accompagne habituellement.

Les hémorrhagies rénales constituent un phénomène rare. Cependant il existe des cas de congestion rénale pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie due à une commotion nerveuse intense, comme la décollation, à des crises d'épilepsie subintrantes, à des crises d'éclampsie. Dans le cas de M. Cl. Regaud, on peut admettre que la dilacération bulbo-protuberantielle et l'inondation du quatrième ventricule par l'hémorrhagie a créé un choc nerveux parfaitement comparable à la décollation.

BIBLIOTHÈQUE

—

Thérapeutique des maladies du foie, par le docteur L. Galliard. — Paris, O. Doin, 1894

Ecrit pour les praticiens, ce livre est divisé en trois parties :

La première est consacrée à l'étude des réactions physiologiques du foie. Prenant acte des résultats obtenus par les expérimentateurs, M. Galliard indique par quels procédés on peut atteindre, dans ses œuvres vives, le parenchyme hépatique normal et spécialement de quelle manière l'organe subit l'action des substances qui, tout à l'heure, mériteront le nom de médicaments.

Dans la seconde, l'auteur décrit les réactions pathologiques du foie. La connaissance des causes, des conditions pathogéniques et de la séméiologie générale des troubles morbides conduit aux indications thérapeutiques et prophylactiques.

La troisième partie contient le traitement détaillé de chacune des maladies de l'appareil hépatique : parenchyme et voies biliaires.

Les formules sont résumées dans un appendice.

—

La Voix, le Chant et la Parole, guide pratique du chanteur et de l'orateur, par L. Browne et E. Behneke, traduit par le docteur P. Garnault.—Paris, Société d'éditions scientifiques.

Ce traité, écrit par un grand laryngologiste et un artiste doublé d'un professeur éminent, est essentiellement remarquable par sa clarté, sa logique et sa parfaite méthode didactique. Il devrait être dans les mains de tous, non seulement des professionnels et des amateurs, mais de la généralité des gens instruits.

Il faut apprendre à bien respirer. Ce n'est que lorsque l'homme, l'enfant auront reçu l'éducation nécessaire et que le médecin saura débarrasser le dernier de nos petits paysans des obstacles qui l'empêchent de se saturer d'oxygène que l'on pourra faire une guerre efficace à la phtisie, à la scrofule et au rachitisme.

Le livre de Lennox Browne et Behncke contribuera dans une large mesure à cette œuvre de progrès, car les chapitres d'hygiène dans lesquels ces lésions sont traitées sont présentés sous une forme si intéressante, si méthodique et si simple qu'on les lira d'abord, ce qui est déjà un point important, et qu'on sentira ensuite la nécessité de les mettre en pratique.

COURRIER

—

Création de chaires à la Faculté de médecine de Montpellier. — La ville de Montpellier a voté une somme annuelle de 6,000 francs pour créer une chaire de microbiologie. L'Etat va créer une chaire d'histologie : la commission du budget en a accepté le principe.

Sur le legs Bouisson-Bertrand (300,000 francs et le domaine Gramont, estimé à un million) on pourra créer ou plutôt faire revivre la chaire de pathologie générale et de médecine expérimentale.

Il est question d'installer dans le domaine de Gramont des laboratoires étendus comme annexes aux chaires de microbiologie et de pathologie expérimentale et des salles de convalescents ou de maladies chroniques, voire même un institut sur le modèle de l'institut Pasteur.

Un nouveau sanatorium à Bourbon-Lancy. — M. Faillet a déposé la proposition suivante, dont il a demandé le renvoi à la commission et à l'administration :

« Le Conseil général,

« Toujours sympathique à l'idée de création d'un sanatorium dans lequel les enfants malades du département, spécialement ceux atteints de la scrofule et du rachitisme, seraient envoyés jusqu'à parfaite guérison.

« Estime qu'il y a lieu d'étudier les voies et moyens de créer un sanatorium à Bourbon-Lancy,

« En conséquence,

« Invite la direction de l'Assistance publique, d'accord avec la 3e commission, à lui apporter, dans le plus bref délai, un avant-projet de l'établissement du sanatorium.

« Signé : Faillet, Chausse, Berthaud, Weber, Renoud, Jacquemin. »

Le renvoi à la 3e commission et à l'Administration est prononcé.

Assistance médicale dans les campagnes. — A la séance de jeudi dernier, la Chambre a adopté seize projets de loi autorisant les départements à s'imposer extraordinairement de sommes destinées à l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Ce sont les départements suivants :

Ain, Aisne, Lot, Mayenne, Seine-et-Marne, Somme, Vaucluse, Charente-Inférieure, Cher, Corrèze, Creuse, Finistère, Haute-Loire, Lozère, Nièvre, Pyrénées-Orientales.

Les dangers du transport et du maniement de la mélinite. — Il résulte d'expériences ites par la commission des substances explosives, que le transport des mélinites et crésylites est sans danger, quand ces matières sont enfermées dans des enveloppes de la nature des barils à pétrole et des caisses réglementaires de la guerre, à l'exception des obus où récipients métalliques de résistance équivalente. Il importe surtout que le plomb se trouve exclu soit des emballages, soit du matériel de transport.

Allemagne. — Tous les corps de troupe ont reçu l'ordre d'acheter des ustensiles de cuisine en aluminium. Ces ustensiles auront les surfaces extérieures noircies, pour que leur éclat ne les rende pas visibles à une longue distance.

Ecole de médecine de Bordeaux. — Un arrêté du ministre de la marine du 8 novembre, modifie l'article 95 de l'arrêté du 12 octobre 1891, concernant l'École du service de santé de la marine, à Bordeaux.

Le directeur du service de santé de la marine à Rochefort, est chargé de l'inspection technique de l'école de Bordeaux.

Un autre arrêté du même jour modifie les articles 84 et 115 du règlement du 11 décembre 1893 sur le service intérieur de ladite école.

Art. 84. — Il est complété par le texte suivant :

« La faculté de prendre part au concours de l'externat est limitée aux élèves ayant obtenu au moins 13 pour les interrogations à l'Ecole et 17 pour la conduite. Le directeur de l'Ecole pourra exiger la démission d'un externe dont les notes à l'Ecole seront inférieures à 13 pour les interrogatoires et à 17 pour la conduite.

— Le service municipal de sérumthérapie de Bordeaux vient d'établir dans tous les commissariats de police un dépôt de tubes de sérum pour le diagnostic bactériologique

de la diphtérie. Ces appareils sont délivrés aux médecins, soit sur une demande verbale personnelle, soit sur une lettre tenant lieu de récépissé. Les tubes de sérum, contenus dans un petit nécessaire, sont accompagnés de toutes les instructions utiles.

Tous les lycées ont deux médecins, un titulaire et un adjoint. Le médecin adjoint a, comme le titulaire, une nomination ministérielle, mais ne jouit d'aucun traitement. Il avait seulement droit à la remise des frais d'étude pour ses enfants. L'Université s'acquittait ainsi, vis-à-vis des médecins adjoints en particulier, des services qu'elle leur demandait.

Cette mesure libérale ne s'étendait qu'aux fonctionnaires ayant une nomination ministérielle. Or, un certain nombre de fonctionnaires des lycées, tels que le maître de musique, le professeur d'escrime, etc., n'ayant qu'une *délégation* du recteur d'Académie, ne jouissaient d'aucune remise de frais d'études pour leurs enfants. M. Spuller, étant ministre, eut l'idée d'étendre cette remise des frais d'études à tous ses fonctionnaires ; il prit une décision qui ne visait certainement pas les médecins, auxquels il est vraisemblable qu'on ne pensait guère, mais qui, par une voie détournée, les atteignait d'une façon aussi cruelle qu'imméritée et injuste. M. le ministre décidait que tous les fonctionnaires des lycées sans exception, jouiraient de la remise des frais d'études pour leurs enfants, et cela au prorata de leur nombre d'heures de services par semaine. La remise se comptant en douzièmes, le professeur de musique, de dessin, d'escrime a une remise de 6, 8, 10 douzièmes, etc., s'il a six, huit, dix heures de services par semaine.

Quant aux médecins, personne n'y avait pensé ; leur situation était restée telle que par le passé. Un incident local fut cause du désastre. Un confrère ayant dans le cour d'un trimestre fait inscrire son fils sur les registres du lyéée dont il est titulaire, le recteur fut prévenu et répondit de faire payer le trimestre : de là des explications; on en référa au ministre qui décida : 1° que le médecin titulaire doit être considéré comme ayant une heure de service par jour et jouir par suite de sept douzièmes de remise de frais d'études pour ses enfants ; 2° que le médecin adjoint doit être considéré comme n'ayant pas de service et ne pouvant dès lors jouir d'aucune remise.

Cette décision lèse incontestablement les intérêts du Corps médical des lycées, en particulier des médecins adjoints qui restent à la disposition de l'Administration sans aucun dédommagement. Aussi, dans plusieurs départements les Sociétes locales et les Syndicats protestent-ils énergiquement. La Société médicale du Morbihan vient de saisir l'Association générale des médecins de France d'un vœu tendant à faire rendre justice à nos confrères, mais le mieux serait que le groupe médical extraparlementaire fût saisi de la question et qu'il voulût bien intervenir auprès du ministre de l'instruction publique et l'éclairer sur les services réels que, en dehors de la visite du matin, rendent à toute heure le médecin titulaire et le médecin adjoint des lycées.

(*Semaine Médicale*).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I. P. Le Gendre : Diététique du typhique. — II. E. Rochard : La Société de chirurgie. — III. Thérapeutique appliquée. — IV. Bibliothèque. — V. Courrier.

Le Feuilleton paraîtra dans le prochain numéro

DIÉTÉTIQUE DU TYPHIQUE (1)

Par P. Le Gendre, médecin des hôpitaux

—

Boissons

Il est nécessaire qu'elles soient assez copieuses pendant toute la durée de la maladie, puisque nous savons que des urines abondantes sont indispensables pour entraîner régulièrement hors de l'organisme les poisons que les microbes y ont fabriqués et ceux qui résultent de la désassimilation exagérée et vicieuse des éléments anatomiques sous l'influence de la fièvre. Mais il y a lieu cependant de ne pas gorger les malades de liquide sans mesure ; car, si on leur distend l'estomac, on augmente la dyspnée, on fatigue le cœur ; en outre, on risque de compromettre gravement pour l'avenir la contractilité gastrique, qui est déjà si souvent affaiblie par les altérations de la gastrite typhique.

Les boissons devront donc être administrées par petites quantités à la fois, mais très fréquemment.

La quantité de boisson par jour doit être de 2 à 3 litres pour un adulte, 1 à 2 litres pour un enfant suivant son âge et surtout son poids.

La nature de la boisson doit être variée : c'est le meilleur moyen d'obtenir que le malade boive en quantité suffisante. Le liquide dont on se lasse le moins est encore l'eau fraîche : il faut être sûr de sa pureté (sinon, on la fera bouillir et refroidir) et de sa digestibilité. Les eaux minérales un peu plus sapides que l'eau pure sont aussi acceptées avec plaisir, à condition qu'on les varie : Evian, Contrexéville, Vittel, Soultzmatt, Vals pures ou aromatisées avec des sirops acidulés de groseille, de cerise, de framboise ou avec du jus de ces fruits, du jus d'orange ou de citron, ou additionnées de vins, de cognac ou de rhum. Les boissons peuvent être plus variées encore dans les familles riches : on peut conseiller l'infusion d'ananas, de grenades, de pommes de reinette (G. de Mussy). Comme tisanes on peut choisir celles qui sont diurétiques, comme le chiendent, les queues de cerises ou, avec Chomel, le décocté de cerises séchées au four et dont on brise les noyaux avant de les faire bouillir.

Si la diarrhée est très abondante, on peut prendre la solution de gomme arabique ou des décoctions de riz, de gruau, de pépins de coing édulcorées avec du sirop d'écorces d'oranges amères.

Quand il y a des nausées, on insiste sur les boissons gazeuses (eau de Saint-Galmier, Soda ou eau de Seltz) ; on peut les prescrire glacées, quoiqu'elles appaisent moins la soif que les boissons fraîches.

(1) Extrait d'une *Thérapeutique de la fièvre typhoïde*, qui paraîtra très prochainement à la librairie O. Doin.

Alimentation pendant la fièvre

Pour l'alimentation, le problème à résoudre est plus complexe. Plusieurs circonstances se réunissent pour entraver les fonctions digestives dans la fièvre typhoïde. Pendant toute la période fébrile l'aronexie est la conséquence du catarrhe des premières voies (langue, estomac). D'ailleurs, les aliments solides, fussent-ils ingérés par le malade, malgré sa répugnance extrême, ne pourraient pas être digérés ; car il y a diminution de toutes les sécrétions digestives, suppression du flux salivaire, appauvrissement du suc gastrique en acide chlorhydrique par insuffisance des chlorures du fait de la fièvre et en pepsine par suite des lésions des glandes à pepsine. La sécrétion biliaire est aussi amoindrie. Quant à celle du suc intestinal, on comprend qu'elle doive être profondément pervertie par les altérations profondes et diffuses de l'intestin grêle. Il serait donc inutile de nourrir les typhiques avec de la viande, des matières grasses, des féculents, en un mot d'aliments nécessitant des tranformations chimiques importantes : « Donnez-leur des beefsteacks, il ne les mangeront pas », disait Trousseau, répondant aux médecins qui voulaient *nourrir* à tout prix les typhiques, par réaction excessive contre leurs prédécesseurs qui les avaient saignés et tenus à la diète absolue.

Il serait même nuisible d'introduire dans un tube digestif tel que celui du typhique des aliments dont la digestion est impossible ; ils ne tarderaient pas à s'y putréfier et à accroître les fermentations toxiques en fournissant de la matière organique fermentescible aux microbes intestinaux.

Et cependant n'est-il pas indispensable de fournir à l'organisme des matériaux alimentaires pour remédier aux pertes quotidiennes qu'il fait par suite des combustions excessives qu'entretient la fièvre continue ?

Le problème de l'alimentation du typhique *pendant la période fébrile* ne peut être sans doute qu'imparfaitement résolue. Cependant on peut espérer en fournir une solution approximative en donnant des *aliments liquides*, des substances directement absorbables par les lymphatiques gastriques et intestinaux, sans modification préalable par les ferments digestifs : tels sont les peptones, la glycérine, les sels minéraux (phosphates, chlorures) On y adjoindra du sucre qui est indispensable pour permettre à la cellule hépatique d'exercer sa fonction antitoxique. Les tisanes, *décoction de céréales*, qui contiennent des sel minéraux, les *sucs de fruits*, le *miel*, rempliront ces conditions principales. Pour notre part, à l'exemple de M. Bouchard, nous faisons prendre comme tisane la décoction d'orge, sucrée avec du miel ; le *bouillon* dégraissé dans lequel on dilue des *peptones*, honnêtement préparées.

A une tasse de bouillon on peut ajouter, de temps en temps, une ou deux cuillerées à soupe de *jus de viande*, obtenu en exprimant à la presse de la viande de bœuf bien fraîche. « Ce jus, qui est composé de sérum, de lymphe et de sang, est déjà légèrement acide en sortant de la presse ; il doit être recueilli dans un vase en porcelaine et conservé dans la glace immédiatement. Il doit être consommé en vingt-quatre heures. On peut en donner 150 à 200 grammes par jour ; le bouillon ne doit pas être trop chaud quand on y ajoute le jus, pour éviter la coagulation de l'albumine musculaire. On peut encore employer la gelée de jus de viande, faite avec des pieds de veau frais et du vin blanc » (V. Ziemssen).

Je donne aussi de la limonade au citron, additionnée de *glycérine*.

A ces boissons nutritives, il est généralement indispensable d'adjoindre de l'*alcool* sous forme de vin de Bordeaux ou de vin d'Espagne ; une demi-bouteille de vin rouge ou blanc suffit en moyenne par jour. S'il y a de la diarrhée abondante et du météorisme, le vin chaud sucré additionné d'un peu de canelle et de quelques clous de girofle a souvent une action bienfaisante. Dans les moments où il devient nécessaire de remédier plus particulièrement à l'adynamie, on peut employer le Champagne et l'eau-de-vie, mais toujours à l'état de dilution suffisante pour ménager la muqueuse gastrique.

Je n'ai pas encore parlé du *lait* parmi les aliments qui peuvent convenir au typhique pendant la période fébrile ; c'est qu'en effet cet aliment est loin d'être toujours accepté et digéré ; il nécessite un travail dont les glandes gastriques ne sont quelquefois même plus capables, et, s'il n'est pas digéré, accroissant les fermentations dans le tube digestif, il produit le tympanisme gastrique et intestinal, la dyspnée, les coliques, parfois les vomissements. Si on l'essaie, ce sera dans les formes de moyenne intensité, modérément pyrétiques, quand la langue ne sera pas recouverte d'un enduit saburral trop épais. On devra le diluer, ou le donner écrémé, et en petites quantités à la fois. Un demi-litre suffira par jour pendant la période pyrétique.

Le lait retrouvera son indication après la période fébrile, quand il s'agira de reconstituer le plus vite possible l'organisme en lui fournissant des aliments complets de facile digestion. C'est alors un litre et demi à deux litres par jour, qui pourront être donnés progressivement.

A ce moment, interviendra aussi l'œuf, c'est-à-dire d'abord le jaune, délayé dans de l'eau (lait de poule), dans du bouillon, puis dans du lait, accommodé en crèmes de consistance demi-solide.

La mixture de Stokes est d'un goût agréable ;

2 jaunes d'œuf...........	
Cognac.................	50 grammes
Eau de fleurs d'oranger....	120 —
Sirop simple.............	30 —

Dès que la fièvre a cessé, on commence par ajouter au bouillon de faibles quantités de tapioca, semoules, pâtes d'Italie ; puis on donne des potages de plus en plus consistants.

Avant d'augmenter l'alimentation, il faut toujours consulter : 1° l'état de la température ; 2° l'état des garde-robes.

Il n'est permis de donner une alimentation solide qu'après avoir constaté plusieurs jours d'apyrexie et la disparition de la diarrhée, malgré l'usage des potages, des laits de poule et du lait.

Alimentation du convalescent

Le premier aliment solide sera un œuf à la coque très peu cuit sans pain.

Au bout de deux jours, on peut donner au repas principal un peu de blanc de poulet haché ; le lendemain, une noix de côtelette également hachée et arrosée du jus d'une autre côtelette, ou un peu de beefsteack préparé de la même façon.

Il peut arriver que, le soir du premier jour où a été fait le premier repas solide et surtout le premier repas de viande, la température s'élève passagèrement d'un demi-degré, quelquefois même d'un degré. C'est la *febris*

carnis. Elle ne doit pas persister au delà de quelques heures, étant le résultat du travail digestif ; c'est-à-dire du fonctionnement inaccoutumé des glandes digestives (fièvre fonctionnelle d'origine digestive, Bouchard). Si elle n'a pas dépassé cette mesure, si la diarrhée n'a pas reparu, si la garde-robe suivante ne présente pas de fétidité spéciale, on peut continuer à alimenter progressivement le convalescent et à lui donner de la viande tous les jours, puis deux fois par jour. Si, au contraire, la fièvre persiste, s'il y a quelques douleurs intestinales, une ou deux garde-robes de mauvais aspect, on maintiendra le malade à l'usage exclusif du lait, des potages, des œufs, de la peptone et du jus de viande.

Les aliments à utiliser ensuite sont les poissons bouillis à chair blanche et peu grasse, n'ayant que peu d'arêtes : merlan, sole, turbot, barbue.

La question des arêtes est fort importante, de même que celle des petits fragments d'os qui peuvent se trouver dans les oiseaux (alouettes, cailles, grives) qu'on peut être tenté de laisser prendre aux convalescents.

Les viandes grillées, rôties, très tendres et assez cuites, sont préférables à tous les ragouts ; les cervelles, les ris de veau sont moins digestibles qu'on ne le pense en général, contenant une assez forte proportion de matières grasses.

Parmi les légumes, le premier à essayer est la purée de pommes de terre au lait, puis successivement les autres purées de féculents.

Les fromages à la crème frais, les marmelades de fruits dont on aura soigneusement retiré les pépins, les gelées de fruits, formeront les premiers desserts.

On ne permettra le pain qu'après plusieurs jours d'œufs et de hachis de viande ; ce sera de préférence de la biscotte, du pain grillé, du pain rassis qu'on recommandera au malade de mastiquer soigneusement.

On permettra seulement au malade de manger à des heures régulières et fixes, le repas principal étant dans la matinée, le dîner étant moins copieux. Autant que possible, on ne permettra dans l'intervalle, si l'appétit est impérieux, qu'une ou deux petites tasses de lait ou de consommé.

Les premières boissons seront le vin de Bordeaux, rouge ou blanc, coupé de trois quarts d'eau, puis l'extrait de malt ou la bière. Les quantités permises seront de 250 à 400 grammes au plus par repas. On devra surveiller attentivement la contractilité gastrique, surtout chez les sujets qui, antérieurement, ont eu des troubles digestifs, ou sont dans la période de croissance.

Il est indispensable d'insister non seulement auprès du convalescent qui, le plus souvent, est entraîné par son impérieux appétit à transgresser les prescriptions du médecin, mais surtout auprès de l'entourage du malade, sur le danger de toute infraction au régime alimentaire ci-dessus formulé. « C'est une pratique excellente, pendant tout le cours de la maladie, de prescrire le régime *par écrit*, heure par heure pour une période de vingt-quatre heures. »

On fera bien de visiter pendant quelque temps le convalescent tantôt à l'heure de son repas et tantôt pendant la période digestive, pour contrôler la composition de celui-là et l'état de l'abdomen, la température pendant celle-ci.

Il est utile aussi de se faire montrer les garde-robes encore de temps à autre.

Au moindre indice de rechute, toute alimentation solide doit être aussitôt suspendue et, après la reprise de la convalescence, les précautions devront être encore plus minutieuses pour éviter une imprudence.

Des stimulants dans les formes adynamiques

De tout temps on a préconisé contre ces accidents les médicaments stimulants, et cette indication est acceptée par tout le monde.

C'est alors qu'il faut donner aux malades diverses boissons alcooliques en quantité supérieure à celle qu'on emploie dans les formes moyennes, et en choisissant de préférence, parmi les vins, les plus généreux et les plus excitants : le champagne, les vins d'Espagne et l'alcool proprement dit sous des formes va iées (grogs au cognac ou au rhum, thé au rhum, p tion de Todd).

Ces boissons doivent être administrées à doses fractionnées, souvent répétées, parfois toutes les heures dans les cas urgents, surtout pendant la nuit et dans la matinée, moments où la dépression des forces est à son maximum.

Murchison a formulé au sujet de l'*administration des boissons alcooliques* quelques indications bonnes à méditer.

Il faut donner peu d'alcool au-dessous de 20 ans. Au dessus de 40, il faut au contraire en commencer de bonne heure l'emploi et élever les doses.

Comme Chomel, Murchison veut qu'on en donne plus tôt et en plus grande quantité aux alcooliques.

Les indications tirées de l'appareil circulatoire sont la mollesse, la dépressibilité, les intermittences ou la lenteur anormale du pouls (40 à 60 pulsations), l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque et du premier bruit.

Murchison signale encore, parmi les indications à l'emploi de l'alcool, le refroidissement des extrémités avec chaleur intense du tronc, des sueurs profuses sans amendement, une langue sèche et brunâtre ; si, sous l'influence des alcooliques, celle-ci s'humecte et se nettoie, on peut en conclure qu'ils sont utiles.

Mais il faut considérer comme des *contre-indications à l'emploi de l'alcool* une céphalalgie intense à forme lancinante, une peau brûlante et très sèche, surtout si la face et les yeux sont injectés, si le pouls est résistant, s'il y a un délire bruyant et actif, si les urines sont rares, contiennent beaucoup d'albumine et peu d'urée.

La quantité d'alcool qu'on peut donner varie naturellement suivant l'âge, le sexe, les habitudes antérieures, notamment le climat et la nationalité.

Murchison, exerçant en Angleterre, disait qu'on en doit donner très rarement plus de 240 grammes en 24 heures et dans des cas très exceptionnels 300 grammes.

G. de Mussy estime qu'en France 120 à 200 grammes d'eau-de-vie seraient une dose énergique, et qu'il convient souvent d'en donner moins.

De même que l'alcool est mieux supporté dans les climats froids, on peut en user plus largement dans les saisons froides.

Un danger dans la médication alcoolique est d'y accoutumer le malade ;

on a vu des malades, même des femmes et des enfants, qui, avant une fièvre typhoïde, avaient de la répugnance pour l'alcool, en contracter le goût et presque le besoin parce qu'on leur en avait laissé continuer l'usage au delà de la convalescence. Murchison, qui avait déjà vu ce danger, recommande d'en diminuer et d'en éloigner les doses dès que les symptômes auxquels on les opposait commencent à s'atténuer.

La plupart des médecins préconisent encore conjointement avec les alcooliques les *préparations de quinquina* à hautes doses.

G. de Mussy était partisan de l'extrait de quinquina en suspension dans une potion gommeuse, édulcorée avec le sirop d'écorces d'oranges amères. Quand la stupeur était très accusée, il suspendait l'extrait de quinquina dans une infusion de café, sucrée avec 30 à 40 grammes de sirop de gomme et aromatisée avec quelques grammes de teinture d'écorces d'oranges. Il commençait par la dose de 2 à 4 grammes d'extrait de quinquina par jour et en élevait la dose, parallèlement au progrès de l'adynamie, jusqu'à 8 et 12 grammes.

M. Jaccoud est aussi très partisan de l'emploi du quinquina.

Avec M. Bouchard, je crois qu'il peut rendre des services dans certains cas, mais d'une manière passagère; *il y a vraiment abus à notre époque dans l'emploi de ce médicament*. Un très grand nombre de médecins soumettent leurs malades à l'usage de l'extrait de quinquina, à la dose moyenne de 4 grammes depuis le commencement jusqu'à la fin de toute fièvre infectieuse, regardant ce remède comme une panacée. Employé ainsi, le quinquina peut être nuisible; il est aisé de se convaincre que la plupart des typhiques qui en font usage ainsi ont constamment la langue sèche, éprouvent souvent de la gastralgie; l'action énergiquement astringente du quinquina si longtemps continué contribue, j'en suis convaincu, à engendrer, conjointement avec les hautes doses d'alcool, une gastrite, ou tout au moins des troubles dyspeptiques qui tourmentent le malade longtemps après la guérison de sa fièvre typhoïde.

L'existence d'une adynamie profonde doit faire prescrire une *alimentation* aussi *substantielle* que le permettent les forces digestives.

Au bouillon, aux gelées de viande, aux laits de poule additionnés de cognac, de kirsch ou de rhum, on ajoutera du jus de viande, des potages. G. de Mussy recommandait l'arrow-root au vin de Madère, dont voici la recette : on délaie uue cueillerée d'arrow-root dans un peu d'eau froide et on le fait chauffer comme on le fait pour convertir l'amidon en empois; on obtient ainsi une sorte de gelée, plus ou moins fluide, suivant la quantité d'eau employée, et on y ajoute du vin de Madère.

On insistera sur le *café noir*, dans lequel on pourra battre un ou deux œufs.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A la dernière séance, M. Tuffier avait présenté un jeune homme auquel il avait pratiqué la résection du maxillaire supérieur pour un *polype naso-pharyngien*. Il avait immédiatement réparé la voûte palatine à l'aide de lambeaux pris sur la muqueuse, et le résultat, comme nous avons pu nous

en convaincre, est véritablement fort beau Pas de difformité de la face, pas de troubles dans la phonation et l'opération date de huit mois.

M. Quénu, à propos de cette présentation, avait approuvé la façon de faire de M. Tuffier, et cité le cas d'un malade chez lequel, après l'ablation du polype, il avait réparé de suite la brèche palatine. Mais le néoplasme a récidivé, et à ce propos et aussi à propos du procès-verbal, M. Nélaton fait remarquer à M. Quénu que la récidive était probable, que c'est pour cela qu'il fallait ne pas restaurer immédiatement la brèche faite à la voûte palatine ou au voile; qu'il y a quelques mois il a enlevé un polype naso-pharyngien, mais il a laissé la brèche ouverte, et grâce à cette précaution il a pu traiter la récidive, pratiquer des injections de chlorure de zinc dont s'est très bien trouvé le malade.

Ce à quoi M. Quénu répond qu'il y a deux espèces de polypes naso-pharyngiens : les bons et les mauvais. Pour les premiers, on peut employer le chlorure de zinc, l'électrolyse, en un mot, les petits moyens, sans le moindre inconvénient; mais les mauvais polypes sont des sarcomes très susceptibles, chez lesquels il faut craindre les manœuvres qui peuvent faire l'effet d'un coup de fouet et qu'il faut enlever d'un coup et en totalité.

Quant à la voie à suivre, la voie palatine est excellente chez les jeunes sujets qui portent surtout des fibromes angiomateux ; mais si on a affaire à un sarcome, tumeur qu'on rencontre de préférence chez les adultes de 25 à 30 ans, la voie palatine est insuffisante; il faut enlever le maxillaire, réparer la brèche faite immédiatement, car il suffit du toucher ou de la pharyngoscopie postérieure pour surveiller les récidives.

M. Nélaton ne parlera pas histologie avec M. Quénu. Il ne sait pas s'il a affaire à un fibrome ou un sarcome; mais connaît un type de polype naso-pharyngien étudié depuis cinquante ans, dont on sait bien la marche, se montrant surtout avant 20 ans, récidivant non pas à la manière d'un sarcome, mais susceptible de guérison, quand on peut mener le malade jusqu'à l'âge adulte. Il sait aussi que la voie palatine est excellente pour les petits polypes, et que la voie maxillaire ne doit être choisie que lorsque le volume de la tumeur la commande. Qu'en tous cas, il faut laisser une brèche, non seulement pour surveiller la récidive, mais pour traiter cette récidive. L'autre jour la partie paraissait belle pour la restauration immédiate, quand M. Quénu présentait son malade guéri, elle ne l'est plus aujourd'hui que la récidive a eu lieu.

M. Kirmison prend alors la parole pour appuyer ce que vient de dire M. Nélaton et oppose avec beaucoup d'à propos à ce que vient de dire M. Quénu, ce qu'il répondait il y a peu de temps à M. Berger, sur l'identité anatomique des fibromes et des sarcomes, et sur la transformation possible de l'un à l'autre. Comment alors se fier à l'examen histologique qui vous annonce un fibrome, si à un moment donné ce fibrome peut prendre la marche d'un sarcome! M. Kirmison est partisan de la cure lente, il l'a employée et n'a eu qu'à s'en louer, elle a, du reste, fait ses preuves et cela depuis longtemps.

C'est pour replacer la question sur son terrain que M. Quénu reprend la parole. Dans l'intervention, M. Nélaton se base sur le volume ; lui, en fait une question de nature. Les sarcomes existent, quoiqu'on en dise, et, à ce propos, l'orateur en rappelle un cas qui l'a frappé ; il servait d'aide à M.

Guérin, la récidive fut rapide. Pour ces sarcomes il faut l'ablation large ; ils n'aiment pas à être taquinés par l'électrolyse ou les autres moyens qui sont indifférents au fibrome.

M. TUFFIER, qui a présenté le malade, point initial de cette discussion, rappelle qu'il n'a pas voulu aborder le traitement des polypes naso pharyngiens ; mais seulement poser la question de l'autoplastie immédiate après l'intervention. Les avis sont partagés ; mais pour sa part il n'a jusqu'à présent qu'à se louer de la méthode.

La discussion se termine par quelques paroles de M. CHAMPIONNIÈRE, qui fait remarquer qu'il est bien facile, si on le veut, de refaire une brèche, il n'y a, pour cela, qu'à fendre le voile du palais. Quant aux méthodes de destruction par les agents chimiques et notamment par le chlorure de zinc, il en a vu pour sa part de nombreux exemples avec d'excellents résultats même sur des polypes énormes.

C'est un cas de *tétanos céphalique* qui fait l'objet de la communication suivante due à M. LARGER (de Maisons-Laffitte). Le point de départ fut une plaie du doigt, et l'amputation de ce segment de membre, 10 heures après l'accident, n'empêcha pas le trismus d'apparaître le cinquième jour suivi d'hémiplégie faciale, d'hydrophobie, etc., la mort eut lieu le septième jour. Les inoculations furent stériles et c'est à peine si M. Wurtz put retrouver un bacille rappelant celui de Nicolaïer.

Comme on le voit. l'amputation a été inutile, et M. Larger fait remarquer que le tétanos céphalique peut se montrer en dehors d'une blessure du territoire cranien.

La séance se termine par une communication de M. TUFFIER, intitulée : *Hématonéphrose intermittente par épithélioma du bassinet.* Il s'agit d'un homme de 65 ans, ayant des hématuries non interrompues, avec douleurs dans le flanc droit, violentes surtout pendant la nuit. Le sang disparaissait en partie des urines, pendant le repos au lit, quoiqu'on constatât toujours des globules rouges dans le liquide urinaire. M. Tuffier examina l'hypochondre droit et y trouva une tumeur ferme, rénitente, lisse, présentant tous les caractères d'une tumeur du rein et occupant toute la fosse lombaire.

Le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre un calcul ou un néoplasme, et M. Tuffier adopta la dernière hypothèse, à cause de la nature de l'hématurie qui diminuait au moment même où la tumeur rénale augmentait, ce qui prouvait une hémorrhagie se faisant dans le rein, celui-ci ne se vidant que lorsque l'épanchement avait acquis une certaine tension.

La néphrectomie lombaire fut décidée et pratiquée, Le rein fut trouvé double de volume, présentant une masse fluctuante qui, incisée, donna lieu à une véritable hémorrhagie à ce point que M. Tuffier crut avoir ouvert une grosse veine et comprima le hile, mais l'écoulement sanguin s'arrêta de lui-même, il était simplement formé par le sang contenu dans la poche. L'exploration de l'intérieur du rein montra une petite tumeur indurée que l'examen histologique démontra être un épithélioma.

L'opéré guérit, mais six semaines plus tard il fut atteint de broncho-pneumonie, mourut et on trouva le foie bourré de noyaux secondaires.

M. TUFFIER fait suivre cette observation des remarques suivantes : On connaît des hématonéphroses traumatiques, mais c'est, à la connaissance de l'auteur, le premier cas d'hématonéphrose spontanée. Il faudra donc

toutes les fois qu'on trouvera un rein distendu par du sang, explorer avec soin les bassinets, pour voir si on n'y rencontre pas un petit noyau néoplasique.

M. Bazy a eu un malade analogue, quoique ne présentant pas d'hématonéphrose. Les hématuries pouvaient faire penser à un calcul, c'est le diagnostic qui fut fait. Ce rein était considérablement augmenté de volume, augmentation qui était expliquée par la présence du calcul amenant de la rétention.

L'opération fit tomber sur une tumeur épithéliomateuse qui nécessita la néphrectomie.

Signalons encore une lecture de M. Ferraton intitulée : *Hernie inguinale étranglée. —Réduction .— Persistance d'un pincement latéral.* Ce travail a été renvoyé à une commission.

Eugène Rochard.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Traitement de l'ulcère de l'estomac

1° *Donner au malade une alimentation qui n'irrite pas la plaie stomacale.* — Régime lacté absolu. Lait cru, par petites quantités à la fois, afin d'éviter la dilatation possible de l'estomac. La quantité journalière doit être de deux litres à deux litres et demi, une tasse toutes les deux heures, pendant les seize heures de veille (Debove). Dans la convalescence : poudres de viande ou mieux peptones sans goût ni odeur, en débutant par deux ou trois cuillerées à café par jour. Ne revenir à l'alimentation normale que très progressivement. Interdiction de l'alcool pendant de longues années.

2° *Calmer la douleur* par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine lorsque les souffrances sont très vives. Il est préférable de recourir aux opiacés ou à la cocaïne à l'intérieur.

Chlorhydrate de cocaïne..... } — de morphine.... }	ââ 0 gr. 10
Eau de laurier cerise........	10 grammes

3 gouttes dans un peu d'eau (Bamberger).

3° *Calmer les vomissements.* — Glace sur l'estomac. Glace à l'intérieur. Eau chloroformée. Quelques gouttes de créosote ou de teinture d'iode dans un demi-verre d'eau.

4° *Arrêter les hémorrhagies.* — Séjour au lit dans l'immobilité la plus complète. Glace sur la poitrine. Glace et lait glacé à l'intérieur; extrait d'opium, 0,05 à 0,12, injection d'ozotine. Lemoine recommande l'antipyrine à l'intérieur :

Antipyrine............	1 gramme
Bicarbonate de soude...	0 gr. 50

pour un paquet. Un à trois en quelques heures.

5° *Modifier l'hyperchlorhydrie.* — Dix à vingt grammes par jour de bicarbonate de soude par cuillerées à café dans un peu d'eau ou de lait, après que le malade a pris une tasse de ce dernier liquide.

BIBLIOTHÈQUE

—

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par le docteur F. BALZER. Paris, O. Doin, 1874.

Dans ces dernières années, de grands efforts ont été faits pour perfectionner les méthodes anciennes du traitement des maladies vénériennes, pour mieux les régler et pour en créer de nouvelles. Les progrès dus à l'antisepsie ont amené de véritables transformations dans tous les procédés de traitement local, qui sont devenus à la fois plus hardis et plus efficaces. M. Balzer a expérimenté ces nouvelles méthodes thérapeutiques et, tout en s'efforçant de les juger avec impartialité, il a pu baser avant tout son appréciation sur les résultats de son observation personnelle.

L'ouvrage est divisé en trois parties: La première partie comprend l'étude du traitement de la blennorrhagie. M. Balzer l'a envisagé surtout au point de vue médical, mais en faisant aussi une large place aux méthodes chirurgicales.

La seconde partie est consacrée à l'étude des affections vénériennes locales : les balonites, les végétations, le chancre mou et ses complications.

La troisième partie comprend l'étude du traitement de la syphilis.

De même que les autres volumes de la bibliothèque de thérapeutique, celui-ci rendra les plus grands services aux praticiens.

—

L'ART DE FORMULER, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ. Paris, O. Doin, 1894.

Quoi qu'on en ait dit, il n'y a pas de thérapeutique sans pharmaceutique, et les jeunes praticiens, généralement ignorants de cette dernière, craignant de faire des bévues qui seront reprises par le pharmacien chargé d'exécuter l'ordonnance, ou de commettre des erreurs préjudiciables à leurs malades, aiment mieux s'en rapporter à des médicaments tout dosés et tout préparés qui les tirent momentanément d'embarras. A ce jeu, le méecin perd sa clientèle, car celle-ci, au lieu de s'adresser directement au praticien, a recours directement au médicament spécialisé dont elle use et abuse.

M. Dujardin-Beaumetz a négligé volontairement de parler de la posologie médicamenteuse. Malgré tous les efforts que l'on a faits pour fixer les doses des médicaments suivant l'âge et la résistance des sujets, il n'y a pas de règle générale s'appliquant à la prescription des médicaments dans leur ensemble.

Tous les médecins seront heureux de se voir rappeler par un maître les principes fondamentaux de l'art de formuler. A eux de ne pas négliger cet enseignement.

—

Vient de paraître chez Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, à Paris.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DU DUODENUM, par le docteur DOYEN, de Reims. 1 vol. broché, avec 185 figures dans le texte, dont 18 planches en phototypie : 12 francs.

Le docteur Doyen étudie particulièrement dans ce livre les affections non cancéreuses de l'estomac et démontre que tous les symptômes gastriques douloureux et pénibles peuvent être guéris par l'intervention chirurgicale.

Les conclusions du docteur Doyen sont basées sur les recherches originales, à l'appui desquelles il publie une série de 38 photographies de pièces anatomiques et de coupes microscopiques qui sont reproduites en phototypie dans le texte par le procédé Sylvestre et sur sa statistique personnelle.

COURRIER

Mardi matin, le Conseil académique de Paris a ouvert sa seconde session sous la présidence de M. Gréard.

M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a fourni des renseignements sur la situation de la Faculté française de médecine à Beyrouth, qui est très prospère, et sur le nombre des étudiants.

Le nombre des étudiants étrangers est considérable à la Faculté de médecine de Paris. Sur une population totale de 5,144 étudiants, l'effectif des étrangers est de 1,002, dont 833 hommes et 169 femmes. Les étudiantes françaises ne sont que 24.

M. Brouardel remarque à cette occasion que le nombre des étudiants a doublé depuis huit ans. Les locaux de la Faculté de médecine seront trop petits avant d'avoir été terminés. De nouveaux sacrifices seront nécessaires. Les études médicales prennent une forme qui obligera la Faculté à faire un appel constant au Parlement. Les grandes découvertes actuelles, faites par M. Roux, exigent que tous les candidats au doctorat en médecine possèdent une instruction très complète. Elle ne peut leur être donnée qu'en les réunissant en groupes peu nombreux, où se donne, autant que possible, l'enseignement pratique individuel. Ces mêmes préoccupations existent en Allemagne.

M. Henrot, maire de Reims, fait connaître que les grandes villes de France apporteront leur concours à la réorganisation qui est de toute nécessité. Reims aura prochainement une école de bactériologie où les étudiants et les médecins praticiens seront admis à faire les recherches scientifiques que l'état actuel de la science exige.

Il y a lieu d'espérer que cet exemple sera imité et qu'ainsi les étudiants qui n'ont pas à Paris, en raison de l'encombrement, toutes les ressources d'étude qu'il leur faudrait, pourront les trouver dans les grands centres des départements.

Une des préoccupations de M. le doyen est de reporter sur la province les jeunes docteurs, en trop grand nombre à Paris. La mortalité à Paris, d'après les renseignements fournis par la statistique municipale, décroît notablement depuis un an. Il faudrait que les bourgs des départements fissent quelques sacrifices pour attirer les médecins. Un subside de 1,000 francs serait suffisant pour commencer. Dans la Seine-Inférieure, grâce à l'initiative de M. le préfet, 45 docteurs ont fait élection de domicile l'an dernier. Si un traitement, pourtant bien minime, n'est pas assuré, on pourrait revenir à l'une des pratiques du siècle dernier, qui consistait à donner des maisons aux docteurs.

La première année des études médicales aura lieu désormais à la Faculté des sciences.

L'organisation des études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles est faite dans les anciens locaux du collège Rollin.

— Le gouvernement canadien vient de prendre une mesure à signaler sur l'importation du bétail.

Tout animal doit être soumis à l'injection préalable de la tuberculine. S'il réagit à l'injection, le propriétaire est mis en demeure ou de l'abattre sur place ou de le réexpédier à son point de départ.

— Le ministre de l'intérieur de Hongrie, M. Hieronymi, vient d'envoyer à Paris le professeur Preysz, directeur de l'institut bactériologique, pour étudier les méthodes employées à l'Institut Pasteur dans la préparation du sérum antidiphtérique. Le sérum doit être préparé à Budapest en quantité suffisante pour la mettre à la disposition de tous les médecins de Hongrie, si les recherches faites à ce sujet donnent des résultats satisfaisants.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le professeur Ph. Van Tieghem, membre de

l'Institut, commencera son cours de botanique le samedi 1er décembre, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le professeur Gréhant commencera le cours de physiologie générale, le lundi 3 décembre 1894, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— L'inauguration de la crèche Sadi-Carnot, située rue des Trois-Portes, aux abords de la place Maubert, a eu lieu avant-hier à 2 heures, sous la présidence de M. Poubelle, préfet de la Seine, assisté de M. Champoudry, président du Conseil municipal de Paris, de M. Albert Meurgé, maire du cinquième arrondissement, et des adjoints de la municipalité.

— L'Institut allemand de vaccination prépare pour 1896 la célébration du centenaire de la découverte de Jenner. La cérémonie coïncidera avec l'un des Congrès de médecine de l'année.

— Sur la demande du ministre de l'Instruction publique, M. le ministre de la guerre a déclaré que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats aux certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, comme se préparant au doctorat en médecine.

Ces jeunes gens devront, à cet effet, produire un certificat, modèle G, délivré par le doyen de la Faculté des sciences, ou par le directeur de l'Ecole de médecine où cet enseignement est organisé, et portant la mention : « est actuellement inscrit à la Faculté des sciences de..... et à l'Ecole de médecine de..... comme aspirant au doctorat en médecine (année préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles). » Si l'étudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le..... n'est pas périmée. » Si l'étudiant a plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la première, le....., la deuxième le....., etc., ne sont pas périmées. »

Grève de clients. — Il s'est fondé il y a quelque temps, à Berlin, un société coopérative de consommation pour les médecins allemands. L'Association pour la protection du commerce et de l'industrie d'Elberfeld a fait paraître, à ce propos, dans les journaux locaux, la note comminatoire suivante :

« A Messieurs les médecins,

« Nous avons appris que l'on a fondé à Berlin un magasin de marchandises à l'usage des médecins allemands, qui donne un nouveau développement au scandale des sociétés de consommation. Les cinq cents membres de l'Association annoncent qu'ils n'emploieront plus les médecins que la vérité oblige à répondre affirmativement à cette question : Etes-vous membre de la Société coopérative des médecins ? » (*Bulletin médical.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire
I. J. Rochard : Hygiène. — II. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — III. Feuilleton. — IV. Courrier.

HYGIÈNE

—

Les inoculations prophylactiques dans les maladies infectieuses.

La sérumthérapie qui cause en ce moment une si légitime émotion dans le monde médical n'est, comme je l'ai dit dans une de mes chroniques, qu'un cas particulier de la loi générale posée par M. Pasteur, qu'une conséquence de ses belles recherches sur l'atténuation des virus.

Lorsqu'il eut découvert le moyen d'en diminuer et d'en accroître à volonté la virulence, lorsqu'il se fût ainsi rendu maître de ces redoutables agents, il se demanda, et ce fut un trait de génie, si les virus atténués au point de ne plus pouvoir produire la mort n'en conservaient pas moins, dans cet état de faiblesse, le pouvoir de conférer l'immunité pour les maladies dont ils étaient les agents. Quand il eut reconnu qu'il ne s'était pas trompé dans ses espérances, il posa en principe que la découverte de Jenner n'était qu'un cas particulier d'une loi générale, que toutes les maladies microbiennes comportaient le même mode de prophylaxie, et qu'on arriverait à trouver le moyen de rendre l'organisme réfractaire à leurs atteintes.

La première application de cette loi fut faite par M. Pasteur lui-même à la maladie microbienne type, à celle qui a servi de terrain pour toutes les expériences, au charbon. Tout le monde a encore présente à la mémoire la journée du 5 mai 1881, où il prouva d'une manière éclatante l'infaillibilité la vaccination anti-charbonneuse. Depuis lors, elle est entrée dans la pratique ; elle s'est répandue dans le monde entier et la découverte de M. Pasteur a fait gagner plus d'un milliard à l'agriculture.

La médecine vétérinaire s'est emparée de ce nouveau mode de prophylaxie. Elle en a fait l'application à d'autres maladies meurtrières, parmi lesquelles on peut citer le choléra des poules, la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, la clavelée du mouton, la fièvre aphteuse des ruminants, la maladie des chiens, la gourme du cheval, le rouget du porc, etc. La

FEUILLETON

—

Psycholologie expérimentale

Depuis que les sciences existent — et on peut dire qu'elles ont pris naissance en même temps que notre espèce, il y a plusieurs centaines de siècles — on les a toujours divisées en deux grandes classes dont la différence absolue, fondamantale, essentielle dans le sens étymologique du mot, n'avait fait de doute pour personne jusqu'en ces dernières années. Les unes étaient les sciences physiques, cette épithète étant prise dans son acceptation la plus générale ; les autres étaient les sciences psychiques.

Les premières comprenaient toutes les études dont les objets peuvent tomber sous nos sens, jusques et y compris les mathématiques. Les abstractions les plus ardues des mathématiques sont en effet susceptibles de se matérialiser en quelque sorte en des signes et des symboles qui les rendent sensibles.

médecine humaine n'est pas parvenue à en tirer autant de profit. Avant la découverte de la sérumthérapie, la vaccination antirabique était la seule inoculation prophylactique qui fut sortie des découvertes de M. Pasteur; encore s'écartait-elle quelque peu de la route suivie jusque-là par le maître. Pour le charbon comme pour le choléra des poules, il avait commencé par isoler, cultiver et atténuer leurs microbes, puis il en avait inoculé des cultures assez affaiblies pour déterminer une maladie légère et pourtant susceptible de conférer l'immunité. Pour la rage il n'en est plus de même. Le microbe est encore inconnu; ce n'est plus une culture atténuée qu'on injecte, mais une simple émulsion de tronçons de moelle dans lesquelles l'atténuation de la virulence a été constatée empiriquement, et cette inoculation ne produit aucun trouble dans l'économie. Cependant, le résultat prophylactique est le même et neuf années de succès en ont démontré l'efficacité.

Avec la sérumthérapie nous rentrons dans le cours régulier de l'évolution doctrinale. Si ce n'est pas le bacille de Lœffler lui-même qu'inocule M. Roux, c'est la toxine que ce bacille a secrétée et cette injection détermine chez le cheval un véritable état maladif caractérisé par de la fièvre, une sorte de diphtérie atténuée, mais qui pourtant a été mortelle dans quelques cas. C'est exactemement comme pour le charbon et déjà d'autres applications se font pressentir. MM. Roux et Vaillard ont vacciné des animaux contre le tétanos en suivant la même méthode, c'est-à-dire en leur inoculant des cultures tétaniques, séparées de leurs microbes par la filtration et mélangées à des doses décroissantes de solution iodée. Des essais dans le même sens sont faits dans les hôpitaux. MM. Kauffmann, Phisalix, Bertrand, Calmette, ont immunisé des animaux contre le venin de la vipère, en leur injectant, à intervalles convenables, des quantités croissantes de venin qu'ils avaient atténué en le chauffant à 80 degrés. Il s'agit maintenant de trouver le moyen de préserver les populations par un moyen analogue de l'atteinte des maladies pestillentielles. On sait qu'on désigne sous ce nom la peste, la fièvre jaune et le choléra. Les deux dernières ont été déjà l'objet de tentatives multipliées et le moment est opportun pour en rappeler le souvenir.

Les secondes avaient un tout autre objet et combien plus élevé. C'est l'être pensant lui-même, dans les manifestations les plus grandes, les plus nobles de son essence, qu'elles avaient pour but d'étudier et de connaître.

Il va de soi que les procédés devaient être absolument divers et presque opposés pour l'une et l'autre des deux classes, puisque l'usage des sens était une condition *si ne qua non* de la première et que la seconde pouvait en quelque sorte s'en passer; par elle l'observateur devenait l'observé à son tour. Le physicien regarde, voit et compare des faits situés autour et en dehors de lui; le psychologue médite sur des phénomènes qui se passent dans l'intimité de son être. Sa véritable méthode était donc l'intraspection, par opposition à toutes les autres que je comprendrais sous le terme d'*extraspection*, si j'étais sûr qu'on voulût bien me pardonner ce malharmonieux néologisme.

L'abîme était tel entre les deux ordres d'études, entre les faits dont ils s'occupaient entre les moyens dont ils se servaient, que les hommes en furent naturellement et logiquement conduits à admettre comme un axiôme, c'est-à-dire comme une vérité trop claire pour avoir besoin d'être demontrée, l'existence de deux substances.

C'est au Brésil qu'on a fait les premiers essais de vaccination contre la fièvre jaune. En 1883, le docteur Ch. Finlay avaiteu l'idéé originale de se servir des moustiques pour l'inoculer. Après avoir recueilli plusieurs de ces insectes dans un lieu sain, il fit piquer par l'un d'eux un malade atteint du *vomito negro* puis il le transporta dans un couvent de jésuites très éloigné de la ville et où la fièvrs jaune ne s'était pas montrée depuis sept ans. Un de ces religieux, récemment arrivé d'Europe, consentit à se laisser piquer par le moustique contaminé ; il éprouva un peu de fièvre, mais il se rétablit promptement et put vivre ensuite à la Havane, au milieu d'un foyer épidémique, sans être atteint par le fléau. Malgré le succès apparent de cette expérience, je n'ai pas entendu dire qu'elle ait été renouvelée.

Des expériences plus scientifiques ont été commencées en 1885, par le docteur Domingos Fereire, professeur de chimie organique et biologique à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro. L'année précédente, il m'avait adressé, pour l'offrir à l'Académie, une brochure dans laquelle il disait avoir trouvé dans le sang et dans les liquides sécrétés un parasite végétal qu'il avait désigné sous le nom de *cryptococcus xantho-genicus*. Il en avait décrit les transformations et le mode de reproduction avec un luxe de détails qui ne laissait rien à désirer. Il était parvenu, disait-il, à inoculer ce microbe au lapin, au cochon d'Inde et au porc. Dans le rapport que je fis de ce travail à l'Académie, j'émettais quelques doutes sur la valeur des expériences qui y étaient rapportées (1) ; ils furent confirmés par l'examen de MM. Cornil et Babès et M. Paul Gibier ne put pas retrouver, à la Havane le microorganisme décrit par M. Domingos Freire, dans le sang ni dans l'urine des malades atteints de fièvre jaune. Une polémique assez vive s'éleva à cette occasion, mais le professeur de Rio-de-Janeiro maintint ses dires, et convaincu par ses expériences sur les animaux, il eut la hardiesse d'inoculer la fièvre jaune à l'homme. En 1884, il pratiqua 400 vaccinations, et malgré l'opposition de ses confrères brésiliens, il continua sa pratique.

(1) Jules Rochard. Rapport sur un travail de M. Domingos Freire, intitulé : Recherches expérimentales sur la contagion de la fièvre jaune (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1884, t. XIII, p. 575).

Ce dualisme, même dans des âges déjà très reculés, ne fut pas admis sans conteste et ce n'est pas d'hier que le monde des penseurs s'est divisé en deux camps irréconciliables. La lutte toujours ardente, souvent passionnée se continue sous nos yeux, mais elle vient d'entrer dans une phase nouvelle, pleine d'intérêt ; jusqu'à ce siécle, les adversaires ne se sont opposés et ne pouvaient s'opposer que des arguments de peu de valeur réelle, que des raisons de sentiment, s'il est permis d'accoupler ces termes presque contraires. La dialectique a fait presque tous les frais (frais insuffisants) de l'interminable discussion ; Pélions de mots sur des Ossas de paroles ; *verba et voces* !

C'a été, jusqu'en ce siècle, le sort commun des deux doctrines d'être réduites à cette vaine argumentation, dans laquelle il faut avouer que les partisans du dualisme étaient, en un sens, plus favorisés que leurs adversaires par la force même des choses. En présence de cette double difficulté : complexité inexprimable des phénomènes, pauvreté inouïe des moyens d'investigation, les philosophes qui prétendaient tout ramener à la matière se trouvaient en bien misérable posture. « Expliquez donc ceci et cela ? » telle était l'insoluble question dont le seul énoncé suffisait à mettre à néant les théories les plus savamment édifiées et les plus inébranlables en apparence.

Dans les deux années suivantes, il inocula 6,524 personnes, et m'adressa de nombreuses brochures dans lesquelles il exposait son mode opératoire, et donnait la statistique de ses vaccinations par province, par nationalité et par âge.

Il obtient l'atténuation du virus et sa régénération par la méthode de M. Pasteur. Ce sont des cultures pures et atténuées du microbe qu'il injecte en une seule fois, à la dose de quelques gouttes, sous la peau du bras. Jamais il n'a vu survenir d'accident local par le fait de la piqûre, jamais l'absorption du liquide n'a produit d'autres phénomènes généraux que ceux qui caractérisent la fièvre jaune mitigée, c'est-à-dire une courte fièvre, avec diarrhée, un simple malaise « de nature essentiellement amarille », dit le professeur de Rio-de-Janeiro.

L'immunité conférée par la vaccination était attestée par ce fait que sur 6,254 personnes qui l'avaient subie à cette époque, il n'en était mort que 8 de la fièvre jaune, ce qui donne une proportion de 1,22 p. 1000, tandis que dans le même temps, la ville de Rio-de-Janeiro, dont la population s'élevait alors à 160,000 habitants en perdait 1,667 par la maladie, soit 10,41 p. 1000. Cependant M. Domingos Freire ne s'adressait, pour ses vaccinations, qu'aux européens récemment arrivés au Brésil, et par conséquent beaucoup plus disposés que les autres à contracter la fièvre jaune. Enhardi par les succès de M. Pasteur sur les sujets mordus par des chiens enragés, le professeur de Rio l'a imité sur des malades déjà atteints de la fièvre jaune et sur 7 cas dont il m'adressait l'observation détaillée, il avait obtenu 7 succès.

Les observations du docteur Domingos Freire n'ont été confirmées par personne. M. Paul Gibier n'a pas pu, comme nous l'avons dit, trouver son microbe, et le docteur Steinberg a exprimé un avis tout aussi peu favorable : « Rien ne démontre, dit-il, l'efficacité prophylactique des inocula- « tions pratiquées par M. D. Freire. »

Lors de l'épidémie de fièvre jaune qui régna en 1893 à Santos (Brésil), et dont nous avons parlé dans une de nos chroniques, le docteur Boudailhe,

---

Mais voici qu'en un espace de temps relativement court, des progrès imprévus et qui déconcertent se sont produits dans toutes les branches des sciences physiques. Décuplée, centuplée par le secours de merveilleux instruments, la puissance de nos sens a pénétré des secrets qui semblaient devoir être à jamais cachés. Nous voici bien au dela des bornes que les plus audacieux auraient osé fixer à l'étendue de nos connaissances. Dès lors les vaincus de jadis ont repris confiance. Après s'être si longtemps tenus sur une prudente, encore que désastreuse défensive, ils attaquent à leur tour, ils envahissent, ils entrent en vainqueurs sur le terrain où on leur déniait le droit de jeter un regard, même de loin ; ils y apportent avec eux tout un matériel de guerre, un outillage d'une perfection extrême, une habileté parfaite à le manier. D'une audace qui serait une témérité si elle n'était une habileté raffinée, ils vont jusqu'à revendiquer pour eux le drapeau même de l'ennemi, ses couleurs, dont ils modifient à peine la disposition, au point que leurs adversaires risqueraient de s'y tromper ; il y suffirait d'un moment de distraction.

en rendant compte des faits à la Société française d'hygiène (1), dit que les tentatives de vaccination du docteur D. Freire n'avaient pas donné tous les résultats qu'il en attendait. Ce dernier, en lisant le compte rendu de la séance, adressa immédiatement au secrétaire de la Société (2) une lettre dans laquelle il affirmait de nouveau le succès de ses vaccinations.

Elles s'élevaient alors à 1,203 et de 1883 à 1893, c'est-à-dire en dix ans, la mortalité parmi les personnes inoculées ne s'était pas élevée à plus de 4,10 p. 100, tandis que dans le même laps de temps, elle avait été chez les non vaccinés de 30 à 40 p. 100.

Les mêmes résultats ont été, dit-il, obtenus à Saint-Paul, par le docteur A. Simoens et, quant à Santos, sur les 158 personnes qui ont été vaccinées pendant l'épidémie, pas une n'a succombé.

La bonne foi du docteur D. Freire ne saurait être soupçonnée; sa conviction est absolue et ses lettres respirent la sincérité ; toutefois, en présence des résultats négatifs obtenus par la plupart de ses confrères, on ne peut pas accorder une confiance entière aux succès qu'il proclame.

Dans un prochain article nous rendrons compte des tentatives de vaccination anticholérique qui ont eu lieu jadis et des expériences qui se poursuivent aujourd'hui.

Jules ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre. — Présidence de M. FERRAND

La communication que M. Millard a faite dans la dernière séance sur la pérityphlite, et les conclusions qu'il avait cru pouvoir tirer de onze faits de guérison par le traitement médical, ne devaient pas manquer de soulever une intéressante discussion à la Société médicale. Il était à prévoir que l'optimisme de M. Millard ne trouverait pas par-

(1) Séance du 3 mars 1894.
(2) *Journal d'hygiène* du 28 juin 1894, p. 311.

C'est ainsi que s'est constituée, il y a quinze ans à peine, une science nouvelle, la Psychologie expérimentale.

Je m'excusais tout-à-l'heure de rapprocher en une même expression deux mots de signification dissemblable : « raison de sentiment ». Mais, s'il est deux termes qui hurlent de se trouver accolés, s'il est un nom qui répugne à un adjectif et qui doive souffrir d'être qualifié par lui, n'est-ce point celui de « psychologie » contraint d'accepter, comme un ironique cortège, l'étiquette de l'expérience ? Et avec quelle morgue la nouvelle-venue traite son aînée ! Elle se flatte de représenter « un ensemble de recherches scientifiques qui se suffisent jusqu'à un certain point à elles-mêmes, comme les recherches de la botanique et de la zoologie. Elle s'est dégagée, dit-elle, de cet amas confus et encore mal défini de connaissances auxquelles on donne le nom de philosophie ; elle a coupé l'amarre qui l'attachait jusqu'ici à la métaphysique. »

Mais elle n'est pas moins sage que fière, et, comme on ne sait ni qui vit ni qui meurt, ni si on n'aura pas besoin, un jour, de plus ancien que soi, elle corrige à propos son dédain par un peu de modestie et ajoute : « La psychologie expérimentale est indépen-

tout un accueil favorable et qu'aux faits heureux qu'il a cités, on opposerait des faits non moins précis, non moins heureux qui démontrent que dans l'appendicite, le traitement purement médical ne suffit pas toujours à assurer la guérison du malade.

Mais il était nécessaire, tout d'abord, de placer la question sur son véritable terrain. M. Millard, ayant adopté le terme de pérityphlite, englobe et confond sous cette dénomination tous les degrés et toutes les variétés de lésions inflammatoires du cœcum, de l'appendice, du tissu cellulaire en rapport avec ces organes, et du péritoine qui les recouvre. Il y a cependant des distinctions à faire dans tous ces faits, ainsi que l'établit tout d'abord M. Le Gendre ; on peut avoir affaire : 1° à de l'engouement stercoral simple du cœcum ; 2° à de la typhlite par catarrhe cœcal, typhlite des dilatés ; 3° à de la typhlite accompagnée de pérityphite ; 4° à de l'appendicite ; 5° à de l'appendicite accompagnée de péritonite périappendiculaire ou généralisée. La distinction est souvent mal aisée en clinique ; il est indispensable cependant de distinguer les appendicites des pérityphlites d'origne cœcale (engouement stercoral, typhlite des dilatés). Cette dernière, pense M. Le Gendre, peut se résoudre toujours sans intervention chirurgicale ; au contraire, sur l'appendicite et la péritonite de cause appendiculaire, plane toujours l'éventualité d'une intervention chirurgicale bien que dans la majorité des cas la guérison puisse être obtenue par des moyens purement médicaux.

Le diagnostic de l'appendicite peut être en général établi par la brusquerie du début, l'intensité de la douleur et son siège, qui est souvent sur la ligne ilio-pubienne ou sur le ligne ilio-ombilicale, mais qui varie suivant le lieu d'insertion assez variable de l'appendice et ses rapports avec le cœcum, par l'absence ou la petitesse de la tumeur, par les vomissements réitérés, par l'ascension plus rapide de la fièvre et le faciès rapidement péritonéal.

Tous ces signes pouvant à la rigueur être infidèles, il faut toujours, dans les cas douteux, faire pencher la balance du côté de l'incision exploratrice qui seule peut sauver le malade dans le cas de perforation de l'appendice, et ne compromet jamais la vie, quand elle est faite suivant les règles de l'antisepsie.

Au point de vue du traitement médical pur, voici les règles que donne M. Le Gendre :

« *Les purgatifs*, qui ne sont jamais nécessaires, *sont dangereux dans toutes les inflammations aiguës de la région cœcale.*

« Le traitemeni doit consister dans le repos absolu, la diète et l'administration méthodique de l'opium.

---

dante de la métaphysique, mais elle n'exclut aucune recherche de métaphysique. Elle ne suppose aucune solution particulière des problèmes de la vie et de l'âme ; elle n'a aucune tendance spiritualiste, matérialiste ou moniste ; elle est une science naturelle et rien de plus. » Que cette modestie soit plus apparente que réelle, je n'en sais rien et ne le rechercherai pas. Je constate simplement qu'elle est en quelque sorte obligée, pour qui n'ayant point fait encore de preuves suffisantes et ne pouvant, à défaut de services éminents rendus, présenter de nombreux quartiers de noblesse, veut s'éviter cependant les ennuis réservés aux parvenus insolents. Toutefois, cette modestie même est un danger ; car, si la psychologie — modèle 1878 — ne suppose aucune solution des problèmes de la vie et de l'âme, n'est-il pas à craindre qu'on ne la chicane bientôt sur son titre et qu'on ne la remette sous la férule de la bonne et simple physiologie. Je crois qu'on ne forcerait pas beaucoup la comparaisson en l'assimilant à quelque rameau insoumis orgueilleusement séparé de l'arbre dont la sève le nourrissait, et loin duquel il risque de se dessécher sans voir mûrir les fruits promis par ses précoces bourgeons.

Entre ces deux périls, n'être rien où être trop, le choix est difficile à faire. Un animal

« J'y joins la *réfrigération locale continue,* que je considère comme supérieure à la révulsion dans les cas aigus. Un sac contenant de la glace concassée, qui, suspendu à un cerceau, effleure seulement la peau de la région cœcale avec interposition d'une flanelle, a toujours été bien supporté par mes malades.

« La diète doit être d'autant plus sévère que les accidents sont plus aigus et plus récents. Absolue pendant les premières heures, elle est hydrique pendant vingt-quatre heures (eau glacée par cuillerée tous les quarts d'heure, puis, au fur et à mesure de la détente lait coupé en quantité de plus en plus grande).

« L'opium doit être donné à doses réfractées de 2 à 10 centigrammes par vingt-quatre heures chez l'enfant, jusqu'à 20 ou 30 centigrammes chez l'adulte.

« Les grands lavements sont donnés deux ou plusieurs fois par jour suivant les cas, additionnés d'un antiseptique (naphtol, borate de soude et teinture de benjoin).

« Une surveillance attentive de l'état général (pouls, température, facies, vomissements) et de l'état local, est indispensable; le malade doit être visité deux fois par jour. C'est parce qu'il faut pouvoir explorer facilement à chaque visite la région cœcale par la palpation très discrète et la percussion légère, que je proscris les vésicatoires, les pommades mercurielles et belladonées, qui gênent ces différents modes d'exploration.

« Je crois dangereuse l'exploration sous le chloroforme proposée par M. Millard.

« Si au bout de quarante-huit heures la défervescence thermique et le relèvement du pouls, l'amélioration du facies n'ont pas commencé à se manifester parallèlement à la diminution de la douleur et des autres signes locaux, je crois l'incision exploratrice légitime. Au bout de trois jours, je la crois nécessaire.

« L'existence de foyers congestifs du poumon ou broncho-pneumoniques, n'est pas une contre-indication absolue à l'intervention chirurgicale, dans les cas où celle-ci est indiquée par les autres symptômes généraux et locaux.

« Dans les cas d'appendicite à rechutes, après la deuxième ou la troisième crise, je crois que la résection *à froid* de l'appendice est un moyen de préservation à conseiller, surtout aux sujets qui, par leurs habitudes, et leur profession, sont particulièrement exposés aux rechutes,

Après M. Legendre, M. Sevestre prend à son tour la parole, et résume de la façon suivante son opinion sur la question de l'appendicite :

1° Sous le nom de pérityphlite on englobe des cas complexes et assez différents les uns des autres ;

---

sans prétentions, mais qui ne passe point pour sot, mourut jadis, d'une hésitation de ce genre. La vie des sciences est plus dure que celle des êtres et la psychologie ne mourra point de la sorte. Mais je crains que l'avenir ne lui réserve quelques déboires. Les psychologistes purs, les intransigeants, ceux qui ne composent point et n'admettent aucune autre base, aucun autre point de départ que la croyance à un principe immatériel, dont l'inexistence est, d'ailleurs, parfaitement indémontrable, auront toujours beau jeu pour se défendre. Il est des questions devant lesquelles tout raisonnement et toute expérience sont en défaut. La vieille question : « Qui a commencé, de la poule ou de l'œuf ? » résume et exprime admirablement cette forme d'obstacle qui se dresse à un point donné devant la marche de toutes les sciences, qui est infranchissable et qu'on ne peut tourner.

Voulez-vous me permettre un dilemme ? — ils sont encore au pouvoir. De deux choses l'une : ou la psychologie expérimentale parviendra à tout expliquer, ce qui demandera, soit dit en passant, un temps considérable ; ou il est des faits devant lesquels elle restera éternellement impuissante. Dans la seconde hypothèse, quel triomphe facile pour la

2° Les premiers, méritant le nom de pérityphlite d'origine cœcale, sont relativement bénins et guérissent souvent par des moyens médicaux ; l'intervention chirurgicale n'est justifiée que lorsque, la maladie traînant en longueur, la fièvre persistant, il est permis de penser qu'il existe une suppuration plus ou moins étendue ;

3° Les autres, d'origine appendiculaire, assez fréquents dans la seconde enfance, peuvent aussi guérir par des moyens médicaux, mais ils demandent une surveillance rigoureuse et incessante ; car, très rapidement, ils peuvent exiger une intervention immédiate. Les purgatifs sont formellement contre-indiqués et, par contre, le repos absolu les opiacés, la diète sont de rigueur dans les cas de ce genre.

M. Moizard enfin vient appuyer les conclusions de M. Le Gendre et celles de M. Sevestre, et cite plusieurs faits intéressants qui peuvent être opposés à ceux de M. Millard; tel, par exemple, le suivant : un enfant est atteint d'appendicite ; les phénomènes sont assez intenses pour qu'un chirurgien soit appelé ; néanmoins on ajourne l'intervention, et, de fait, sous l'influence du traitement médical, une amélioration sensible se manifeste ; quelques jours après, brusquement, l'enfant, encore en traitement, est pris d'une douleur violente au niveau de la fosse iliaque droite et, très rapidement, de phénomènes de péritonite généralisée à marche foudroyante ; il meurt quelques heures après.

Il faut donc surveiller de très près les appendicites et ne pas se fier toujours au seul traitement médical. Or, l'appendicite est fréquente chez les enfants ; 90 p. 100 au moins des péritonites généralisées de l'enfance sont d'origine appendiculaire. Ne voit-on pas quel peut être le rôle de l'intervention chirurgicale ? Au point de vue du traitement médical, M. Moizard insiste sur les dangers que peuvent faire courir aux malades les purgatifs.

M. Mathieu apporte ensuite une série de statistiques prises dans des auteurs étrangers :

Guttmann, sur 96 cas non opérés, 5 morts.
Hollander, sur 90 cas non opérés, 0 mort.
Renvers admet une mortalité de 3 à 4 p. 100.
Leyden pense que 95 p. 100 des cas non opérés guérissent.
Fürbringer, sur 120 cas, a eu 12 décès.

Ces statistiques sont favorables à la non-intervention dans la grande majorité des cas.

---

vieille rivale ! C'est alors que les « expliquez-nous cela » auront une redoutable puissance. Quelle confusion pour les vaincus si les vainqueurs ne sont pas généreux ! Ce sera un écrasement, un cataclysme, une rentrée dans le néant. Je vois que vous m'accordez cela, seulement vous m'attendez à l'autre supposition ; vous vous dites : « Mais si tout est expliqué, quelle apothéose, en revanche ! » Eh bien, non, il n'en sera rien. La partie sera nulle et voilà tout. Car notez-bien ceci : si la théorie qui sortira de l'expérience ne fournit point une explication totale et intégralement satisfaisante des phénomènes intellectuels, elle sera ruinée *ipso facto*. L'autre, au contraire, ne subirait presque aucun dommage d'un pareil et improbable succès. Si la première n'est pas victorieuse sur tous les points, elle est, par cela même, démontrée fausse ou tout au moins insuffisante. Et si elle est victorieuse, la seconde peut tout au plus être qualifiée d'inutile. Il y a un monde entre les deux défauts

Prenez le plus délicat et le plus parfait des instruments ; tellement parfait que son fonctionnement paraisse autonome et spontané, tellement délicat que la plus légère altération de son mécanisme influe sur les résultats de son fonctionnement. Serez-vous

D'autre part, Sonnenburg, qui a publié récemment un traité de l'appendicite, donne une statistique portant sur 77 interventions :

5 appendicites simples, 0 mort.

52 appendicites perforatives compliquées, 0 mort.

20 appendicites perforatives compliquées, 3 morts ; d'autre part, sur 12 cas opérés alors qu'il y avait déjà de l'infection générale, 12 morts.

Sur 9 cas que M. Mathieu a observés, et qui ne furent pas opérés, 9 guérirent. Néanmoins l'intervention est indiquée : 1° dans les appendicites aiguës avec phénomènes locaux et généraux indiquant une péritonite généralisée menaçante ; 2° quand il y a autour de l'appendice un abcès collecté, bien que la guérison spontanée soit possible ; 3° dans les appendicites à répétition.

Sous « la bannière de M. Millard » viennent cependant se ranger MM. du Cazal et Lemoinne, tous deux du Val-de-Grâce. M. du Cazal accepte d'un bout à l'autre la communication de M. Millard ; il n'y a pas une idée à y ajouter, pas une à y retrancher, pas un mot à changer. La guérison constante par le simple traitement médical, et avec les purgatifs tels que M. Millard les prescrit, voilà ce qu'on observe chez les jeunes soldats, parmi lesquels *la pérityphlite* est fréquente.

Qu'il nous soit permis de souhaiter à M. du Cazal de rencontrer toujours des cas aussi heureux et de n'avoir jamais, dans ses souvenirs personnels, un de ces faits d'appendicite perforative tel qu'on en a rapporté dans cette séance, et qui se terminent mal en dépit du traitement médical et des purgatifs.

—

Au commencement de la séance, M. Hirtz a présenté un malade atteint d'atrophie musculaire monoplégique avec accidents de paralysie labio-glosso-laryngée.

COURRIER

—

A propos de la Maternité. — Le Directeur de l'Assistance publique a fait voter par le Conseil de surveillance les décisions suivantes. Nous l'avons déjà dit, il doit avoir ses raisons pour cela.

Le service d'accouchements de la Maternité de Paris passe des mains des chirurgiens

---

fondé pour cela à faire abstraction de la main qui le conduit ? Est-il logique de dire que la plume seule suffit à écrire, parce que les caractères tracés sont différents lorsqu'elle est neuve ou rouillée ? Le serait-il davantage d'affirmer que la cellule et le tube nerveux suffisent seuls à produire la pensée ou le sentiment parce que sentiment et pensée peuvent être modifiés par des manières d'être différentes du tube et de la cellule ?

Voilà l'écueil où la psychologie expérimentale est exposée à se perdre. Quelques protestations qu'elle formule, si fort qu'elle se défende d'avoir telle ou telle tendance philosophique, la force et la logique naturelle des choses l'entraîneront en dépit d'elle. Le nom même dont elle s'est couverte justifie ce pronostic ; car, à moins que les mots puissent être impunément détournés de leur acception reconnue et sanctionnée par le consentement séculaire de l'humanité, ψυχή veut dire âme, âme signifie principe immatériel, c'est-à-dire ne tombant pas sous les sens, et avec lequel, par conséquent, les procédés sensoriels d'observation sont incompatibles.

Est-ce à dire que les études entreprises sous ce nom étrange manquent d'attrait, d'intérêt ou d'utilité ? ce serait folie ou mauvaise foi de le prétendre, encore que beau-

aux mains des accoucheurs. Il est nommé à la Maternité un accoucheur en chef, directeur de l'Ecole d'accouchements, et un accoucheur adjoint.

Le service d'accouchements de l'hôpital Cochin, actuellement aux mains du chirurgien adjoint de la Maternité, reste aux mains des chirurgiens. Le service de gynécologie de la Maternité est transféré dans le service d'accouchements de l'hôpital Cochin et un même nombre de lits d'accouchements est transporté de l'hôpital Cochin à la Maternité.

Le chirurgien chargé du service d'accouchements et de gynécologie de Cochin a le titre de chirurgien consultant de la Maternité ; il devra être appelé pour toute opération n'intéressant pas directement la pratique des accouchements.

La consultation de gynécologie, actuellement faite à la Maternité alternativement tous les deux jours par le médecin et par le chirurgien adjoint, est transportée, pour la gynécologie médicale, à la Charité (service de M. Labadie-Lagrave), pour la gynécologie chirurgicale, à l'hôpital Cochin (service du chirurgien consultant).

Et de deux *accoucheurs* du Bureau central de placés ! et avant un mois les *accoucheurs* feront de la chirurgie à la Maternité. Il n'y a pour s'en convaincre qu'à lire la lettre écrite par un *accoucheur* à M. le Directeur de l'Assistance publique. Dans cette lettre, il informe M. Peyron qu'il est absolument décidé à faire de la gynécologie dans le service qui lui sera confié.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Pendant la durée de son congé, M. le professeur G. Sée sera remplacé par M. le docteur Marie, agrégé.

Le sérum antidiphtérique de Roux à la Chambre des députés belges. — Le ministre de l'agriculture a exposé les négociations ouvertes avec l'Institut Pasteur. « M. Roux, a-t-il dit, consent à fournir du sérum antidiphtérique à notre pays, moyennant le simple emboursement des frais jusqu'à la fin de décembre, époque à laquelle nous aurons suffisamment de chevaux immunisés pour nous procurer le précieux remède. »

Après avoir chaleureusement remercié de sa générosité le savant français, le ministre a ajouté que les indigents recevraient gratuitement le sérum.

Le sérum d'Aronson se vend à Bruxelles à raison de 20 francs la dose de 10 cc., « la qualité extra » au dire des prospectus.

Un cheval fournissant 10 litres de sérum par an (il peut en fournir plus), à raison de 2 francs le gramme peut procurer d'assez jolis bénéfices.

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique en 1895. — Dans ce Congrès qui aura lieu à Genève, en septembre 1895, on discutera les questions suivantes qui sont mises à l'ordre du jour :

---

coup des procédés expérimentaux employés paraissent d'une naïveté ou d'une minutie enfantines.

Les Allemands surtout se sont noyés dans des détails dont la rigueur peut faire sourire. Répéter plusieurs fois par jour, pendant six mois et plus, l'expérience qui consiste à faire noter par un signal électrique le temps de réponse à une sensation auditive, le sujet étant enfermé, pendant plusieurs minutes avant l'excitation, dans une chambre noire et capitonnée, où l'attente ne peut que l'énerver et le fatiguer, c'est véritablement dépasser la mesure ; *est modus in rebus.* En dehors de la disproportion presque choquante entre le fait et les circonstances dont on l'entoure, il y a un autre reproche plus grave, au point de vue scientifique, à faire à la méthode. On y sent un je ne sais quoi d'artificiel, de factice qui, en plaçant les sujets dans des conditions si éloignées des conditions normales, enlève aux résultats une certaine part de leur exactitude. En ceci, comme en tant d'autres choses, le mieux est très probablement l'ennemi du bien.

Cet excès de rigorisme est un travers qu'on a su jusqu'à présent éviter chez nous.

1° Traitement de l'éclampsie. 2° Traitement chirurgical des rétro-déviations. — 3° Fréquence relative des rétrécissements pelviens dans les diverses races. — 4° La meilleure méthode de suture abdominale pour prévenir l'éventration. — 5° Traitement des suppurations pelviennes.

Congrès de la protection de l'enfance. — Le Comité d'organisation pour la participation de la France au Congrès de la Protection de l'enfance, qui doit se tenir à Florence en 1895, a désigné comme président M. le sénateur Th. Roussel et comme secrétaire général notre confrère, le docteur F. Ledé.

Un député étudiant. — M. Bachimont, le concurrent heureux de M. Ed. Robert dans l'arrondissement de Nogent-sur-Seine, vient de vendre la pharmacie qu'il dirigeait dans cette ville depuis un assez grand nombre d'années. Malgré ses 50 ans sonnés, le nouveau député se décide à reprendre ses études de médecine au point où il les avait laissées quand il les abandonna pour la pharmacie. Il estime que la profession de médecin lui permettra de consacrer plus de temps à son mandat législatif.

Détail assez curieux : M. Bachimont a un fils qui, actuellement, est étudiant en médecine. Le père et le fils suivront de conserve les cours de l'Ecole. Voilà qui n'est pas banal.

Concours pour l'agrégation de pathologie interne et médecine légale. — Voici la liste des candidats admis à participer à ce concours.

Bordeaux : MM. Hobbs, Monjour.

Lille : MM. Arnould, Brunelle, Legay.

Lyon : MM. Boyer, Bret, Charmel, Chatin, Collet, Ferrier, Frenkel, Pic.

Montpellier : MM. Basc, Lacaze.

Nancy : MM. Etienne, Specker, Zilgien.

Paris : MM. Achard, Barbier, Besançon, P. Blocq, Claisse, Deschamps, Dupré, Duflocq, Foveau, Gaston, Gilles de la Tourette, Girode, Le Dantec, Legry, Lesage, Lion, Mosny, Renon, Sabrazès, Thiroloix, Thoinot, Vaquez, Widal, Wurtz.

Poitiers : M. Ausset.

Toulouse : MM. Daunic, Morel, Rispal.

La presse médicale aux Etats-Unis. — Il y a quarante-cinq ans, on comptait aux Etats-Unis d'Amérique 16 journaux médicaux grands ou petits. On en compte, paraît il, aujourd'hui, 234, dont 52 à New-York, 20 à Philadelphie, 14 à Ohio et 12 à Saint-Louis. Le développement toujours croissant des spécialités est l'une des causes de cette multi-

---

Notre héréditaire bon sens nous en préservera toujours, je l'espère. Mais nous n'avons pas évité aussi bien le défaut de l'enfantillage. Notre excuse, si c'en est une, est de n'avoir pas commencé, de n'être en cela que des imitateurs. Nous avons senti, en copiant les autres, le ridicule et l'erreur de ce manque de proportions que j'ai signalé. Nous en sommes redevables presque autant à notre tact artistique qu'à notre sens scientifique. Je serais surpris si cela suffisait à sauver l'avenir de la psychologie expérimentale. Il est toujours imprudent de vaticiner. Et cependant, bien qu'à notre époque les sciences tendent de plus en plus à se diviser, à se multiplier, à se spécialiser, je serais surpris si notre psychologie à chronomètres et à signaux électrique ne revenait pas, un beau soir, au bercail comme l'enfant prodigue, et ne revendiquait pas sa place au laboratoire de physiologie qu'elle a eu, à mon humble avis, le tort de quitter. Elle a déjà pris, dans cette fuite, des allures quelque peu désordonnées, qui se traduisent dans certains livres écrits sous son inspiration et dont la lecture, je vous le certifie, est rude. On ne doit conseiller de s'en assurer par soi-même, qu'à ceux-là seuls qui ont de longs loisirs.

plication. C'est ainsi que l'on compte 12 journaux ne s'occupant que de l'hygiène. Le rectum a son journal spécial, et bientôt il y aura un organe particulier pour la nouvelle spécialité, décorée du nom de chirurgie des orifices.

Hôpital Trousseau. — M. le professeur Lannelongue a repris ses entretiens cliniques, le mercredi à 9 heures du matin, sur la chirurgie infantile.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — Concours pour l'internat le 14 décembre prochain, à une heure et demie, pour 3 places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

N. B. — Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

— La Société de médecine légale de France, dans sa dernière séance, a déclaré vacantes trois places de membres titulaires : deux dans la section de médecine et des sciences accessoires à la médecine. La troisième est réservée à un membre de la magistrature et du barreau.

Les lettres de candidature et l'exposé des titres devront être adressés avant le 10 décembre, au secrétariat général, M. le docteur Motet, 166, rue de Charonne.

Conditions d'aptitude physique des candidats aux écoles militaires. — L'instruction suivante que le ministère vient de publier complète celle du 13 novembre 1894, concernant les recrues.

Les conditions d'aptitude visuelle nécessaires à ces candidats sont désormais les suivantes :

Ecole spéciale militaire (section de cavalerie, Saint-Cyr) et Ecole de Saumur : minimum d'acuité visuelle : égale à 1 d'un œil, égale ou supérieure à 1[2 de l'autre ; maximum de la myopie : 3 dioptries.

Ecole spéciale militaire (infanterie, Saint-Cyr), Ecole militaire d'infanterie (Saint-Maixent), Ecole du service de santé militaire (Lyon), docteurs en médecine admis directement à l'Ecole d'application du service de santé (Val de-Grâce) et vétérinaires stagiaires militaires : minimum d'acuité visuelle : égale à 1 d'un œil, égale ou supérieure à 1[4 de l'autre ; — maximum de la myopie : 4 dioptries.

Elèves de l'Ecole polytechnique affectés aux armes de l'artillerie et du génie, Ecole de sous-officiers de l'artillerie et du génie (Versailles), Ecole d'administration militaire (Vincennes), pharmaciens de 1re classe admis directement à l'Ecole d'application du service de santé et élèves en pharmacie du service de santé : minimum d'acuité visuelle : égale ou supérieure à 1[2 d'un œil égale ou supérieure à 1[10 de l'autre ; — maximum de la myopie : 6 dioptries.

— Notre confrère et ami le docteur Dehenne vient de recevoir une médaille d'honneur de la préfecture de police, pour le remercier des soins dévoués qu'il donne depuis douze ans à l'administration.

Nos félicitations à notre confrère.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Déontologie médicale. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine ; Académie des sciences. — IV. Le projet de loi sur la pharmacie. — V. Thérapeutique appliquée. — VI. Courrier.

BULLETIN

Ils sont bien en colère, les chirurgiens du Bureau central ! Aussi viennent-ils de se réunir, pour chercher les moyens de remédier à la nouvelle situation qui leur est faite et essayer d'arrêter l'administration de l'assistance publique sur cette pente fâcheuse qui la mène à supprimer les salles de chirurgie et à créer de nouveaux services d'accouchements.

La maternité, nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, passe, suivant les vœux du Conseil d'administration, des mains des chirurgiens dans celles des accoucheurs et on n'aura pas plutôt supprimé les deux services de chirurgie de la maison municipale de santé qu'on parle déjà de désaffecter l'hôpital Trousseau, où il existe deux places de chirurgien.

D'après les calculs faits par ceux qui sont sur le point d'être nommés titulaires, il n'y aura pas de place à donner en 1894 ni en 1895, ce qui portera pour certains chirurgiens la durée du Bureau central à dix années et plus d'exercice.

Si, par hasard, on rapproche de cette situation faite aux chirurgiens celle créée par M. Peyron aux accoucheurs ; il est facile de se rendre compte que par la création de deux places nouvelles à la maternité, des nouveaux services d'accouchements qu'on projette, les deux derniers accoucheurs nommés au Bureau central seront placés avant deux ans ; ce qu'il fallait démontrer.

Nous ne voudrions pas avoir l'air d'insister ; mais on est toujours en droit devant des faits qui sortent de l'ordinaire, de se demander la raison qui les a motivés et de chercher si les créations répondent à de véritables besoins. Eh bien ! tout le monde sera étonné, comme nous l'avons été nous-mêmes, en apprenant le chiffre des femmes qui accouchent à l'hôpital ! C'est à ne pas y croire ; mais c'est pourtant exact ! 44 p. 100 de la population parisienne accouche aux frais de l'assistance publique !

Et on crie sur les malades payants ! sur les pauvres femmes qui, quoique possédant une toute petite aisance, vont à l'hôpital pour profiter des amphithéâtres d'opérations et mettre ainsi de leur côté toutes les chances de succès dans une intervention où il y va de leur existence.

On ne nous fera pas croire que 44 p. 100 de toutes les parturientes de Paris sont des indigentes ! on a cependant assez répété, et nous sommes de cet avis, que l'assistance publique ne devait ses deniers qu'aux malheureux ! Cette formule est donc vraie pour la médecine et pour la chirurgie et pas pour l'obstétrique. Ajoutez à cela que bon nombre de nos confrères de différents quartiers de la capitale se plaignent, et à bon droit, en se voyant ainsi enlever le moyen d'exercer une partie de leur art.

Et voilà pourquoi, comme nous le disions tout à l'heure, les chirurgiens du Bureau central, justement émus de la diminution des services de chirurgie au moment où celle-ci augmente constamment son domaine, ont décidé de protester contre l'état de choses actuel, et ont nommé deux com-

missions qui vont rechercher les moyens de faire placer, avant l'année de leur retraite, ceux qui, au moment de leur nomination, devaient, selon les prévisions, être nommés titulaires au bout de six à sept ans.

La Société des chirurgiens du Bureau central a, en outre, à l'unanimité des membres présents, émis un vœu invitant le directeur général à hâter l'application d'un règlement adopté il y a plus d'un an et que l'administration, probablement pour *raison budgétaire*, laisse dormir dans les cartons.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Une protestation

Le *Matin* a rapporté, dans un de ses tout récents numéros, une histoire affreusement macabre empruntée à l'*Army and navy journal* des Etats-Unis. Le récit dont il s'agit serait dû à un jeune Anglais qui était ingénieur surveillant à bord d'un des navires chinois, le *Yang-Waï*, pendant la bataille navale du *Ya-Lu*. Ce jeune ingénieur paraît admirablement doué au point de vue intellectuel, car à ses qualités d'homme de science et de mathématicien il joint, à n'en pas douter, une imagination de premier ordre que beaucoup de dramaturges lui envieraient.

Le tableau du croiseur fantôme, fuyant à toute vapeur les ennemis, d'une course affolée, sans pont, sans cheminée, sans batterie, sans mâts, sans canons, son commandant perché sur un amoncellement de caisses à vermouth, un long panache de flammes, que la brise tord en sinistres spirales, s'élançant de ses chaufferies embrasées, c'est vraiment une effroyable scène d'horreur qui laisse loin derrière elle les inventions les plus truculentes des gens dont c'est le métier de faire frissonner les concierges au fond de leurs loges. Voilà qui est vraiment fait pour peupler de terrifiantes visions les rêves des gens nerveux.

Cette première partie du récit n'est cependant que de la Saint-Jean auprès de celle qui suit. Lisez plutôt ; je copie : « Dans la batterie le spectacle était encore plus horrible ; c'était simplemeut un lac de sang de la profondeur d'un pouce dans les endroits les moins creux. Dans cette mare sanglante on voyait *émerger* des bras, des têtes, des jambes. De-ci, de-là, quelque être humain râlant encore paraissait à travers les débris de bois et de ferraille. »

Croyez-vous qu'on puisse dépasser cela en épouvante ? Notre jeune Anglais y a réussi pourtant. Ce qu'il raconte en terminant n'a de qualificatif dans aucune langue. « Dès que le bâtiment, dit-il, fut complètement hors d'atteinte des boulets japonais, nous fîmes une tournée d'inspection, cherchant les blessés au milieu de ce fouillis de morts et de vivants. » Nous, c'était notre jeune ingénieur et un non moins jeune chirurgien irlandais, nommé Kirk, « les deux seuls hommes blancs du bord ».

Ces deux seuls hommes blancs ont donné aux hommes jaunes, ce jour-là, un spectacle qui n'est pas banal. On peut dire qu'ils ont servi d'une étrange façon la cause de la civilisation et de l'humanité. En effet, chaque fois qu'ils se trouvaient « en présence d'un homme blessé mortellement, le chirurgien hâtait l'agonie du malheureux; il s'était muni d'un compte-gouttes rempli d'acide prussique, et, après avoir examiné le blessé, s'il

jugeait son état désespéré, il répandait le poison dans la bouche et les narines de ce dernier ».

Vous représentez-vous l'inénarrable drame ? Voyez-vous ces deux êtres en qui ces pauvres demi-sauvages avaient eu confiance, de qui ils attendaient le secours ou le salut, les voyez-vous faisant cette infernale promenade, la ronde du poison ?

Eh bien, non. Je me refuse à admettre la possibilité d'un tel crime. Celui qui nous le raconte altère la vérité. Les scènes de carnage auxquelles il a assisté, les terribles dangers qu'il a courus ont pu ébranler sa raison. Mais il n'a pas vu, il n'a pas pu voir un médecin concourir ainsi à l'œuvre de mort. Tout son récit est d'ailleurs entaché d'une choquante exagération qui le rend suspect dès les premières lignes.

Malheureusement, plusieurs y ajouteront foi tout de même et, à cause de cela, il peut faire beaucoup de mal. C'est donc un devoir de protester hautement contre la conduite prêtée à notre confrère irlandais. Admettons, pour un instant seulement, qu'il l'ait réellement tenue ; il n'y aurait pas alors d'infamies et d'opprobres qu'on ne fût en droit de lui jeter à la face.

C'est avec toute l'énergie d'une indignation révoltée qu'il faut s'élever, au nom du corps médical entier et plus spécialement au nom de ceux des nôtres appelés à l'honneur d'exercer sur les champs de bataille de terre et de mer leur mission d'humanité et de salut, contre cette atroce façon de la comprendre et de la pratiquer.

Sur cette grande question de déontologie il n'y a pas, il ne peut pas y avoir deux doctrines, Nous sommes faits pour guérir et soulager. Si la première tâche est trop souvent au-dessus des ressources de notre art, la seconde, toujours possible à remplir, est assez belle pour apporter quelque consolation à notre impuissance. Une injection de morphine suffit à calmer la douleur et elle permet à ceux que la mort a marqués sans retour de la voir venir sans souffrances. Elle supprime l'angoisse et la torture de l'agonie, sans hâter d'une minute l'irréparable dénouement. Mais, sous le prétexte de je ne sais quelle honteuse sensiblerie, devenir soi-même le bourreau d'un blessé, précipiter sa mort, l'appelât-il comme une délivrance, c'est un crime et une forfaiture.

S'il était possible qu'un médecin eût commis cette indignité, celui-là aurait profané son titre, déshonoré son art et trahi la science.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre. — Présidence de M. Rochard.

L'événement de la séance est une communication de M. Verneuil sur un cas de syphilome ano-rectal, guéri par le traitement antisyphilitique sans intervention chirurgicale.

« Le médecin, a dit M. Verneuil, en commençant, trop pressé d'atteindre le but s'engage sans réserve, sans mesure, dans des voies imparfaitement tracées, à peine explorées même, au risque de compromettre dans des essais irréfléchis et téméraires les existences qu'il a mission de sauver. »

Ce jugement un peu sévère, et qu'on peut dire très sévère dans l'espèce, une fois

porté, M. Verneuil a donné les détails de son observation, des plus intéressantes du reste.

Un vieillard de 68 ans vient consulter pour une affection ano-rectale qui récidivait pour la troisième fois.

Au moment où l'examen est pratiqué pour la première fois, on trouve sur la ligne médiane du périnée, entre la racine des bourses et la commissure antérieure de l'anus, une tuméfaction douloureuse du volume d'une amande de moyenne grosseur, peu mobile, présentant au sommet une ouverture d'où suinte un pus mal lié et fétide. Le reste de la région anale est sain.

Au toucher rectal, on constate que la tuméfaction ano-rectale proémine un peu dans la partie inférieure et antérieure de la cavité anale; qu'il existe un notable degré de contracture du sphincter, sans grande sensibilité d'ailleurs; que le retrait du doigt permet l'issue d'une assez grande quantité de pus sanieux et glaireux indiquant l'existence d'un catarrhe rectal bien prononcé. Il y a de la constipation et du ténesme. La paroi muqueuse ano-rectale ne présente, à ce moment, aucune induration.

Le malade souffre en même temps d'une dyspnée, due à un rétrécissement fibreux de partie antérieure de l'urèthre.

M. Verneuil prend d'abord la tumeur périnéale pour un simple abcès de la marge d l'anus et il l'ouvre au thermo-cautère. Une amélioration rapide suit l'intervention chirurgicale, mais bientôt la plaie cesse de se réduire en étendue et il persiste un suintement sanieux presque continuel.

M. Verneuil croit alors à une tumeur urineuse abcédée suivie de fistule et dilate le rétrécissement uréthral, mais sans modifier le suintement séreux.

Puis l'état du malade redevient fâcheux, il est forcé de reprendre le lit et la défécation est de nouveau difficile.

A un nouvel examen local, M. Verneuil trouve les bords de la plaie indurés et formés de deux valves accolées par leur face interne et limitant une fissure profonde.

L'orifice anal a ses plis rayonnés hypertrophiés, et au toucher rectal on trouve un rétrécissement avec contracture du sphincter et épaississement de la muqueuse qui offre une disposition particulière avec cannelures longitudinales comme dans les rétrécissements ano-rectaux, dits tertiaires.

Eclairé par ces constatations, M. Verneuil modifie son diagnostic et, s'appuyant de plus sur les aveux du malade et l'existence de cicatrices suspectes, il admet qu'il s'agit d'un syphilome ano-rectal avec gomme périnéale.

Il institue alors un traitement spécifique, dont il complète l'action en prescrivant des toniques et des reconstituants, et le malade guérit rapidement.

Le cas de M. Verneuil est absolument extraordinaire, dit M. Fournier, car il est très rare que le traitement spécifique réussisse dans les cas de ce genre, les malades venant consulter trop tard. De plus, on ne voit trop souvent les syphilomes ano-rectaux que lorsque de gommeux ils sont devenus scléreux, le traitement chirurgical pouvant alors seul être efficace.

M. Le Dentu n'a jamais obtenu le moindre résultat en employant le traitement spécifique dans les rétrécissements syphilitiques du rectum. Si M. Verneuil a réussi, c'est sans doute parce qu'il est intervenu dès le début des accidents.

— Les tractions rythmée de la langue sont actuellement devenues de pratique courante et — considération dernière — elles sont recommandées dans les instructions ministérielles énumérant les soins à donner aux noyés, asphyxiés, etc.

M. Laborde, — on chérit toujours son dernier né, — ne se lasse pas d'apporter de nouveaux faits en faveur de son procédé. Cette fois c'est une observation du docteur

Guiet qui prouverait la supériorité des tractions rythmées sur les autres moyens employés pour ramener la respiration, en cas de mort apparente des nouveaux-né. De plus, M. Laborde recommande l'emploi d'une pince spéciale afin de ne pas blesser la langue.

M. Budin se lève aussitôt. Lui aussi, il a inventé une pince destinée à empêcher les blessures de la langue lorsqu'on veut la saisir fortement et il est évident que c'est la meilleure.

Puis la docte assemblée devient presque houleuse. L'insufflation est préférable aux tractions rythmées, s'écrie M. Guéniot ; elle réussit dans des cas où les tractions échouent, vient dire M. Tarnier. M. Laborde tient tête à l'orage, mais sur la proposition de M. Pinard, qui ne veut pas que l'on puisse dire que lorsque le procédé de la langue échoue, c'est parce qu'il n'a pas été pratiqué un temps suffisamment long et qui promet, en outre, « de nouveaux détails », la discussion est renvoyée à une prochaine séance.

M. Quénu a présenté un malade auquel il a extirpé un anévrysme iliaque droit et inguinale gauche. Aucun accident n'a suivi l'intervention et le malade, qui était clown au Nouveau-Cirque, a repris ses exercices sans inconvénient. Le début des deux tumeurs remontait à plus de deux ans et celle du côté gauche était prête à se rompre. M. Quénu a insisté sur ce fait que, dans l'opération pratiquée du côté gauche, il dut extirper non seulement l'artère fémorale commune, mais encore la profonde et la veine fémorale tout entière. Il n'y eut pas le moindre trouble circulatoire. Pour M. Quénu, la gangrène à la suite des ligatures des anévrysmes n'est pas souvent le résultat de l'oblitération d'un gros tronc, mais la conséquence d'oblitérations multiples causées par les caillots partis du sac, quand on détermine l'oblitération du contenu de ce dernier. Il faudrait donc, dans le traitement des anévrysmes, soit extirper le sac, soit lier au-dessus et au-dessous. Quénu lie au-dessus et au-dessous afin d'éviter les embolies. Dans le traitement de l'anévrysme inguinale, il est bon, dès que l'on a fait la ligature de l'iliaque externe, d'aborder la tumeur par un côté externe en se préoccupant surtout du nerf crural qu'il faut suivre et disséquer. Le sacrifice de la veine fémorale est de minime importance. L'ablation faite, il est bon, dans le but d'éviter les hernies, de fermer l'anneau crural en reconstituant le ligament de Fallope et en le suturant à l'aponévrose du pectiné.

— Beaucoup de médecins de stations thermales soutiennent que leurs eaux ne font tout leur effet que sur place. C'est l'avis de M. Guyenot, pour qui les eaux minérales d'Aix-les-Bains possèdent, au sortir du griffon, une thermalité spéciale (!) qu'il est impossible de leur restituer après refroidissement en les ramenant artificiellement à la même température. Elles donnent lieu à des courants électriques intenses allant du corps humain vers l'eau minérale et sont toujours au plus bas potentiel. Or, l'intensité de ces courants diminue beaucoup si on remploie l'eau naturelle par de l'eau refroidie et réchauffée.

Il résulterait de ce travail que les eaux sulfureuses chaudes — et en particulier les eaux d'Aix — agissent non seulement par leur composition chimique, mais par leurs propriétés physiques, ces dernières n'existant dans leur intégrité que lorsque l'eau sort du griffon.

En bon français, si on peut avoir Vichy chez soi, on ne peut pas espérer y avoir Aix. Donc ne délaissez pas la station, C. Q. F. D.

— Quels sont les soins à donner aux victimes des accidents électriques ? M. Gariel est venu répondre à cette question posée, à l'Académie par M. le ministre des travaux public. Lorsqu'un individu est victime d'un accident dû au contact de conducteur d'électricité ou de machines génératrices, il se peut que le contact existe encore lorsque les

secours arrivent. Il faut alors que les personnes qui surviennent prennent des précautions particulières afin d'éviter d'être victimes de ce même contact. Il convient alors de faire cesser si possible le fonctionnement de la machine génératrice ou, au moins, d'interrompre le courant en coupant le conducteur par des instruments dont la partie tranchante sera isolée. On peut encore établir la mise à la terre ou une dérivation à l'aide d'un conducteur de faible résistance. Si la victime n'est plus en contact avec le conducteur de la machine, on doit la transporter dans un local aéré, desserrer les vêtements et s'efforcer de rétablir le plus promptement possible la respiration et la circulation.

Pour rétablir la respiration on aura recours à la traction rythmée de la langue et à la respiration artificielle. Il conviendra concurremment de chercher à ramener la circulation en frictionnant la surface du corps, en flagellant le tronc, etc., tous moyens qui n'ont rien de particulier et sur lesquels nous n'avons point à insister.

— Entre temps, l'Académie a entendu une lecture de M. F. Forné, qui a étudié les propriétés de l'essence des Mélaleuques. Ce sont des produits extraits par la distillation en présence de l'eau du Niaouli des Canaques et du Chapi-Puti des Malais (huile de Cojaput). Les arbres qui fournissent ces corps appartiennent à la famille des Myrtacées et probablement a la même espèce. L'essence de Niaouli est un terpinol naturel, renferme plus d'eucalyptol que l'essence d'eucalyptus et ne contient que des quantités insignifiantes d'aldehydes toxiques.

L'essence des Mélaleuques a des propriétés antiévolutives et rendent un terrain impropre à la culture. Elle agit donc indirectement sur les germes inhalés avec l'air, qui ne peuvent se cultiver, agit aussi sur les hypersécrétions de la muqueuse des voies aériennes et sur les quintes de toux. C'est un agent prophylactique et curatif des maladies microbiennes vulgaires de l'appareil respiratoire.

— Séance solennelle mardi prochain, 11 décembre.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 *novembre* 1894

De l'action de la toxine du staphylocoque pyogène sur le lapin et des infections secondaires qu'elle détermine

MM. Mosny et Marcano. — Des recherches poursuivies au laboratoire de bactériologie de M. le professeur Straus sur l'action des cultures filtrées du staphylocoque pyogène doré nous ont appris, entre autres faits intéressants, que si l'inoculation intraveineuse de doses élevées de ce filtrat (10 c. c.) fait succomber les lapins en quelques secondes, une inoculation semblable, mais à dose beaucoup plus faible (1 à 2 c. c.), laisse survivre ces animaux.

Les lapins qui ont subi cette inoculation se rétablissent promptement ; la fièvre disparaît, l'appétit revient, mais les animaux maigrissent lentement et perdent en quatre à cinq semaines environ le quart de leur poids.

Ces lapins ne sont nullement vaccinés contre l'action des cultures vivantes et virulentes du staphylocoque doré ; bien plus, l'injection préalable des cultures filtrées semble favoriser l'action pathogène du *staphylococcus aureus*.

Mais si, au lieu de soumettre les animaux, ainsi préparés, à l'inoculation des cultures du staphylocoque, on les laisse vivre sans nouvelle intervention, au bout de quatre à cinq semaines on voit, sans cause apparente, survenir une diarrhée profuse ; la température reste normale ou souvent descend à 36° ou 37° et l'animal succombe en deux à cinq jours.

L'autopsie a constamment révélé les mêmes lésions, comportant divers degrés suivant

la durée de la survie de l'animal à l'injection intra veineuse de la culture filtrée du staphylocoque : tantôt il s'agissait de petits abcès arrondis de volume variable, siégeant dans l'épaisseur des parois intestinales, principalement le gros intestin; tantôt, outre ces abcès intestinaux, nous constations soit une suppuration des ganglions de la région ombaire, soit de la péritonite pelvienne ; d'autres fois enfin, et le plus souvent, il y avait une péritonite purulente généralisée ; en aucun cas, les lésions inflammatoires ou suppuratives n'ont dépassé les limites de la cavité abdominale.

Les recherches bactériologiques faites sur le pus des lapins qui succombaient à ces lésions nous ont démontré l'absence constante du staphylocoque doré : ce fait ne doit nullement surprendre, puisque nous n'avons inoculé que des cultures filtrées et sûrement privées de tout microbe vivant.

Par contre, ces recherches nous ont révélé la présence constante dans le pus de deux bacilles : l'un court et trapu, l'autre, plus fréquemment rencontré, moins épais et très analogue, par sa morphologie et ses propriétés biologiques, au coli-bacille.

Ces bacilles, que l'on trouvait toujours isolés ou associés dans le pus, ne se rencontraient dans le sang du cœur que lorsque la suppuration abdominale était très étendue (péritonite purulente généralisée).

Des recherches ultérieures sur le contenu normal de l'intestin de lapins sains nous on démontré que ces deux bacilles en étaient les hôtes habituels.

Tous les lapins auxquels nous avons fait l'injection intraveineuse de cultures virulentes filtrées ont succombé dans les conditions qui viennent d'être exposées.

Nous avons obtenu des résultats semblables par l'injection intravasculaire au lapin :

a. Soit de doses élevées (5 à 10 c. c.) de cultures non virulentes et filtrées. Il s'agissait alors de cultures âgées (un mois à six semaines) et maintenues constamment à une basse température (18° à 20°) ;

b. Soit de doses faibles (1 c. c.) de cultures vivantes et atténuées. La mort des animaux a toujours été tardive, et l'autopsie a révélé l'existence inconstante des lésions partculières au staphylocoque (abcès des reins), et l'absenc e constante du microbe dans le sang du cœur et dans le pus de la cavité péritonéale ;

c. Soit enfin de doses élevées (10 c. c.) de sérum de lapins vaccinés contre l'infection par le staphylocoque. Diverses expériences nous ont effectivement démontré, comme l'a déjà observé M. Courmont, que ce sérum n'est pas bactéricide pour le staphylocoque qu'on y ensemence, mais que néanmoins il possède à l'égard des cultures filtrées des propriétés antitoxiques manifestes ; le lapin supporte, en effet, sans aucune réaction l'inoculation intraveineuse d'un mélange de 5 c. c. de ce sérum avec 5 c. c. d'une culture virulente filtrée, alors que l'inoculation de 5 c. c. de cette même toxine seule tue les lapins témoins en quelques heuree.

Les lapins que l'inoculation de 10 c. c. de ce sérum de lapins vaccinés avait immunisés contre l'action d'inoculations répétées de cultures vivantes et virulentes du staphylocoque doré ont tous succombé au bout de quatre à cinq semaines à des suppurations péritonéales déterminées par l'issue hors de l'intestin des microbes que nous avons décrits et qui en sont les hôtes habituels et inoffensifs.

Comme complément de ces expériences, nous avons recherché l'action pathogène sur le lapin des microbes isolés qui se trouvaient dans le pus des péritonites que nous avions observées, et des mêmes microbes retirés du contenu intestinal de lapins sains. Voici les résultats que nous avons obtenus :

1° L'inoculation dans la veine marginale de l'oreille du lapin, de 1 c. c. de cultures des bacilles isolés dans le pus des péritonites a tué ces animaux en moins de vingt-quatre

heures par septicémie, sans lésion locale. L'inoculation des mêmes cultures dans le péritoine est demeurée sans résultat ;

2° L'inoculation intraveineuse au lapin de cultures des mêmes bacilles isolés dans le contenu intestinal de lapins sains a fait succomber les animaux en un temps variable suivant la dose de l'injection. Les doses élevées (1 c. c. 5) les tuaient en moins de vingt-quatre heures par septicémie, sans lésion locale. Les doses plus faibles (1 c. c.) les tuaient en six à huit jours avec de la péritonite purulente ; ou tout au moins avec des abcès dans les parois du gros intestin. Comme dans le cas précédent, l'inoculation des cultures dans le péritoine est demeurée négative.

Nous avons obtenu des résultats identiques en inoculant dans les veines ou dans la cavité péritonéale de lapins les cultures de ces microbes (isolés dans le contenu intestinal de lapins sains) ensemencées dans un bouillon filtré dans lequel avait vécu le staphylocoque pyogène doré.

L'ensemble de ces expériences montre, en résumé, que l'introduction d'une toxine dans l'économie peut, sans déterminer aucun accident immédiat, provoquer, à plus ou moins longue échéance, la mort des animaux par suite de suppurations dues à la sortie hors de l'intestin de microbes qui se rencontrent à l'état normal dans sa cavité.

L'inoculation de sérum antitoxique prélevé sur des animaux immunisés contre le staphylocoque ou ses toxines, tout en permettant d'immuniser l'animal auquel on l'injecte contre l'action immédiate du staphylocoque ou de ses toxines, ne le prémunit pas contre les infections secondaires tardives.

La pathologie humaine offre de nombreux exemples de ces prédispositions morbides de l'organisme, créées par des infections antérieures. Elle montre souvent la transformation en microbes pathogènes de microorganismes en apparence saprophytes, hôtes habituels et inoffensifs do notre organisme sain.

Le projet de loi sur la pharmacie

Nous pensons intéresser nos lecteurs en leur donnant, tels qu'ils ont été votés en première lecture par le Sénat, les articles de la loi sur l'exercice de la pharmacie qui peuvent intéresser les médecins :

. . . .

Art. 2. — Désormais, il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien correspondant au diplôme de première classe existant lors de la promulgation de la présente loi.

. . . .

Art. 10. — Toute entente ou convention par laquelle un médecin retirerait, dans l'exercice de sa professsion, un profit sur la vente des médicaments effectuée par un pharmacien est prohibée et nulle.

Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels de ces deux diplômes.

Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades auprès desquels il est appelé et qui résident à 6 kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que si sa demeure est distante elle-même de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie.

Les médecins bénéficiant de cette exceptionne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant, pour les pharmaciens, des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Pour satisfaire au cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à administrer, soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique.

. . . .

Art. 14. — Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public sans l'ordonnance d'un médecin ou d'une personne ayant le droit de la signer : 1° les substances simples toxiques ; 2° les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses, qui sont nominalement désignés par le décret du 8 juillet 1850, ou qui le seront dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 29 de la présente loi ou dans des décrets ultérieurs ; 3° les médicaments simples et composés dont une liste spéciale sera dressée par la commission du Codex. . . . .

Mais les pharmaciens peuvent sans déroger aux lois sur l'exercice de la médecine, librement délivrer, sur la demande de l'acheteur, les autres substances constituant des médicaments simples ou composés.

Les médicaments ainsi livrés devront porter sur l'étiquette le nom scientifique, en outre de la désignation commerciale s'il en existe, et la dose de la substance ou des substances actives qui en forment la base, à moins qu'ils ne soient inscrits dans le Codex et vendus sous la même dénomination que celle du Codex,

Sont interdites la vente et l'annonce de toutes substances simples, préconisées comme médicament, qui ne porteraient pas sur l'étiquette l'indication de leur désignation nécessaire, ainsi que tout médicament composé qui ne porterait pas sur l'étiquette le nom et la dose de la ou des substances actives qui en forment la base.

Art. 15.—Toutes substances, telle que virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses ne pourront être débitées à titre gratuit ou onéreux qu'après autorisation du gouvernement rendu sur l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique et de l'Académie de médecine.

Ces produits ne bénéficieront que d'une autorisation temporaire ; ils seront soumis à une inspection exercée par une commission nommée par le ministre compétent.

Les produits seront délivrés au public par les pharmaciens. Chaque bouteille ou récipient portera la marque du lieu d'origine et la date de la fabrication.

Ces prescriptions ne s'appliquent pas au vaccin jennérien humain ou animal.

Art. 16. — L'ordonnance d'un médecin ou de toute personne ayant le droit de signer devra être rédigée de façon à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies.

Si le pharmacien croit devoir conserver l'ordonnance médicale, il devra en délivrer une copie certifiée conforme.

Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre de la pharmacie.

En outre, il sera dressé dans le Codex une liste de médicaments dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur ordonnance nouvelle.

. . . .

Art. 18. — Les hôpitaux, hospices, bureaux d'assistance et tous autres établissements publics ou d'utilité publique ayant pour objet la distribution de secours aux malades, les Sociétés de secours mutuels, les communautés, les établissements commerciaux et industriels, peuvent être propriétaires d'une pharmacie à la condition de la faire gérer par un pharmacien au profit exclusif du personnel qu'ils secourent ou qu'ils emploient.

Toutefois, dans les cas d'urgence, ils peuvent délivrer des médicaments à un blessé ou à un malade étranger à l'établissement, mais seulement à titre gratuit.

En outre, les établissements publics ou d'utilité publique d'assistance peuvent distribuer gratuitement des médicaments aux malades pauvres, sous la surveillance et la responsabilité du pharmacien qui devra être attaché à chacun des établissements où aura lieu cette distribution.

Tout pharmacien sera tenu de fournir aux établissements d'assistance ayant le caractère d'établissements publics et à ceux fondés par l'Etat, les départements ou les communes, les remèdes destinés aux indigents, dans les conditions et aux prix qui seront arrêtés, pour chaque département, par un règlement d'adminsitration publique.

Les hôpitaux et hospices qui vendent actuellement des remèdes au dehors pourront continuer cette vente pendant un délai de dix ans, à dater de la promulgation de la présente loi, à condition de faire gérer leur pharmacie par un pharmacien diplômé.

. . . .

Art. 20. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est puni d'une amende de 100 à 500 francs.

Sont punis de la même peine :

1° Tout pharmacien qui tiendra une officine pour l'exploitation de laquelle il se sera associé, soit avec un médecin, soit avec toute autre personne, contrairement aux prescriptions de l'article 8 de la présente loi ;

2° Le médecin exerçant sa profession et le pharmacien qui, en vue de réaliser un gain, auront exploité en commun un ou plusieurs remèdes ;

3° Tout médecin qui aura contrevenu à l'article 11 de la présente loi.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la gangrène pulmonaire

L'antisepsie doit être la base du traitement de la gangrène pulmonaire.

Le malade sera placé dans une grande chambre et l'air désinfecté par des pulvérisations phéniquées.

Pour réaliser l'antisepsie pulmonaire, on pourra recourir à l'une des potions suivantes :

1°	Alcoolature d'eucalyptus.	2	grammes
	Julep diacodé	120	—

par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

2°	Liqueur de Labarraque......	4 grammes
ou :	Hyposulfite de soude........	3 ou 4 gr.
	Julep......................	120 grammes

par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Les inhalations antiseptiques sont aussi très utiles :

Acide phénique...	50	grammes
Eau.............	950	—

Mettre dans un flacon et faire respirer les vapeurs.

Trousseau préconisait l'essence de térébenthine ; verser dans de l'eau chaude quelques cuillerées à café d'essence et faire inhaler.

Comme antiseptique interne, Jaccoud recommande l'acide salicylique à la dose de 0,50 par jour.

On emploiera *largâ manu* les toniques sous toutes les formes. La digitale et la caféine seront les meilleurs médicaments à prescrire en cas de collapsus menaçant.

S'il y a des foyers multiples, le traitement médical est seul possible. Mais si la gangrène est bien limitée et que ce traitement ne produise pas d'effets rapides, il faut faire la pneumotomie, c'est-à-dire ouvrir largement le foyer pulmonaire en traversant la paroi thoracique et la drainer. Quelques chirurgiens ont même pratiqué la résection de parties du poumon. Les résultats de la pneumotomie sont généralement rapides ; 31 cas éunis par Richerolle ont donné 13 guérisons, 4 améliorations et 14 morts.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Lacaze (de Mondabus), MM. Chailloux, interne des hôpitaux de Paris ; Louis Martin, interne des hôpitaux de Paris, préparateur à l'Institut Pasteur ; Mme Daussoir-Kerleux, surveillante du pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades à Paris, sont nommés officiers d'Académie.

La morve humaine à la Havane. — *El progresso médico* de la Havane annonce que la mort par la morve, cette affection si rare chez nous et presque inconnue à la Havane jusqu'à présent, acquiert dans cette colonie un degré de fréquence particulièrement inquiétant. D'après un vétérinaire très compétent du pays, 10 0/0 des 15,000 chevaux de l'île seraient morveux ; on s'explique, dans ces conditions, que la morve encombre les statistiques sanitaires presque autant que les autres maladies infectieuses.

Ainsi que le fait remarquer notre confrère, le remède à un pareil état de chose est facile à trouver : inspection sérieuse des étables et abattage des animaux malades après indemnisation des propriétaires.

Malheureusement seul le gouvernement peut prendre de pareilles mesures ; or, malgré l'émotion soulevée dans le pays, le gouvernement semble se désintéresser complètement d'une situation qui est pourtant déjà grave et qui risque de le devenir davantage.

Corps de santé de la marine. — *Nomination.* — Par décret, en date du 1er décembre 1894, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le médecin en chef Guès.

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Nègre.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Danguillecourt.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Galbrunner.

La plus grande pharmacie du monde. — La plus grande pharmacie du monde se trouve, paraît-il, à Moscou. Son propriétaire emploie en moyenne 50 aides. On exécute chaque jour une moyenne de mille ordonnances sur les 18 tables de l'établissement.

Tempérance anglaise et tempérance française. — « Prenons, dit Max O'Reil, l'auteur de *John Bull et son rôle*, la question de la boisson. En France, le mot *tempérance* est entendu dans sa signification naturelle : car ce mot ne signifie pas une *abstention totale*, mais un usage *tempéré*. Lorsqu'un Français boit son verre de vin, il le fait ouvertement ; et lorsque le Parisien prend son absinthe, loin de s'en cacher, il aime à la prendre à la terrasse du café, en public. Certes, je préférerais qu'il bût autre chose, mais du moins il agit franchement, et presque toujours d'ailleurs il s'arrête avant d'être gris.

« Dans les colonies anglaises, au contraire, vous ne verrez personne boire autre chose à telle heure que de l'eau ou du thé. Voilà ce qu'on fait en public. Mais quand la nuit est venue on se gorge de *whiskey*, et souvent on ne cesse de boire avant d'être ivre-mort. Dans les Etats d'Amérique, où les liqueurs fortes sont prohibées, tout le monde s'en va boire de l'eau-de-vie chez les pharmaciens, dans des petits verres gradués, comme si c'était de l'huile de foie de morue. Un soir que j'avais demandé un grog chaud dans un hôtel, on me l'apporta dans ma chambre soigneusement enveloppé dans un papier noir, avec cette étiquette : *Mixture conforme à une ordonnance antérieure.* »

Les buveurs d'eau de Cologne. — Ils sont nombreux et vont se multipliant. Les habitués à l'usage de l'alcool, femmes surtout, commencent à ingérer quelques gouttes d'eau de cologne et suivent à la consommer par verres. D'autre part, un préjugé se répand, dans le public, qui consiste à croire que cet alcoolisme peut remplacer et guérir la cocaïnomanie et la morphinomanie.

Cet alcoolisme cause des accidents d'autant plus redoutables qu'aux alcools mal rectifiés servant à la préparation de ce liquide, on ajoute des huiles essentielles naturelles ou artificielles, également toxiques. Ces buveurs (*Eaux de Cologne Kiplers*) se rencontrent, d'après nos confrères anglais, dans les classes aisées.

La sérumthérapie à la Chambre. — Rapport général du budget, chapitre LXV. *Institut Pasteur. Traitement de la diphtérie* :

« Crédit proposé, 100,000 francs.

« Est-il nécessaire de justifier l'inscription de ce crédit ? Nous n'avons fait que suivre le mouvement de l'opinion publique en joignant la souscription de l'Etat à celles qui affluent de tous côtés pour permettre l'application d'une des plus importantes découvertes du siècle, qui jette un si vif éclat sur la science française. »

— M. Bezançon est nommé chef de labor. de clin. chir. (Pitié) en rempl. de M. Pilliet.

— La Chambre syndicale des désinfecteurs municipaux de la Ville de Paris a adressé au Conseil municipal une pétition réclamant une augmentation de salaire.

Les désinfecteurs touchent cependant 1,800 francs d'appointemente par an, — sans compter les pourboires dont les pétitionnaires se gardent bien de parler.

Mais ils estiment qu'ils ne doivent travailler que 26 jours par mois au lieu de 30 et 31. Ils réclament en outre 2 jours de congé et demandent à être payés pour les travaux supplémentaires qu'ils peuvent avoir à exécuter.

Sur la demande de M. Paul Bernard, cette pétition a été renvoyée à la Commission du travail. (*Médecine moderne.*)

— L'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles, en ce qui touche l'étudiant en médecine, a été transporté dans les Facultés des sciences, ainsi qu'il résulte du décret du 31 janvier 1893. Il comporte les trois termes suivants :

1° Transporter de la Faculté de médecine à la Faculté des sciences la première année;

2° Rendre à l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles, dans les Facultés de médecine, le caractère biologique et médical qu'il ne pouvait avoir avec l'organisation antérieure ;

3° Donner à l'étudiant en médecine quatre années pleines d'études médicales.

Le décret qui organise cette innovation ayant eu pour résultat d'augmenter le personnel des Facultés des sciences et par conséquent la dépense afférente à ces Facultés, le gouvernement demandait à la Chambre un crédit de 349,000 francs. La commission du budget propose une réduction de 50,000 francs.

Ces 50,000 francs pourraient être compensés, dit le rapporteur, par une diminution égale au chapitre des constructions scolaires pour l'enseignement supérieur.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Hôpital Saint-Louis ; M. le professeur Fournier.

M. le docteur Louis Wickham, chef de clinique, fera le lundi 13 décembre, à 2 heures, salle Henri II, à l'occasion de l'enseignement clinique annexe des stagiaires, des démonstrations pratiques (présentation de malades, diagnostic et traitement), et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Revue générale. — II. E. ROCHARD : La Société de chirurgie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Histoire de la médecine. — V. Correspondance. — VI. Courrier.

REVUE GÉNÉRALE

—

Les traitements actuels de la pneumonie

La thérapeutique de la pneumonie, ou plutôt des pneumonies, a beaucoup varié depuis le commencement de ce siècle et, par exemple, la saignée qui était une partie essentielle du traitement de Bouilland, est actuellement abandonnée par la plupart des médecins. Nous avons l'intention dans cette revue de passer rapidement en revue les traitements les plus fréquemment conseillés, en insistant sur ceux dont les résultats semblent les meilleurs.

I

Un grand nombre de nos maîtres conseillent volontiers les bains froids dans les pneumonies graves. Ils ont été d'abord employés par Vogel, Nissen, Weber, Jurgensen, et, en France, par Gignoux, Chaumier, Dieulafoy, Barth, Rendu, Juhel-Rénoy, Sevestre, etc.

Le bain froid, dans la pneumonie, agit comme un révulsif. Une révulsion énergique se produit, analogue à celle que produisait l'urtication jadis préconisée par Trousseau, a dit Barth. Il se fait une dérivation considérable du sang du côté de la peau, et il est possible lorsque le malade sort du bain de constater que le foyer pneumonique est diminué d'étendue. Le bain froid a encore une action essentiellement tonique sur le cœur, du côté duquel est le danger dans beaucoup de cas de pneumonie ; il augmente le tonus des vaisseaux, empêche la dégénérescence de la fibre cardiaque en abaissant la température et en produisant l'élimination des toxines, a une action stimulante propre sur le système vasculaire tout entier (Faure-Miller). Le bain augmente l'amplitude des mouvements respiratoires, il favorise donc la toux et l'expectoration ; il active la sécrétion urinaire qui élimine les toxines.

On a donné dans la pneumonie des bains aussi froids que dans la fièvre typhoïde, toutes les fois que la température dépassait 39°. En France, on tend plutôt (Barth) à donner des bains frais, à 24, 28°, que l'on refroidit progressivement dans la limite de ce que le malade peut supporter. Les enfants très jeunes supportent bien les bains froids, qu'il sera cependant prudent de donner à une température un peu plus élevée que chez l'adulte. Jargensen (cité par Faure-Miller) n'a pas craint de donner les bains froids de 6° à sa fille, âgée de dix-huit mois.

Cependant le collapsus constitue le véritable danger des bains froids, et si l'adynamie cardiaque est très marquée, il peut se produire une syncope dans le bain. Aussi doit-on, en même temps que la balnéation, prescrire le thé, le café, l'alcool, etc.

Les bains froids sont contre-indiqués (Barth, Rendu) chez les vieillards, les cardiaques, les athéromateux chez les individus dont la résistance nerveuse est amoindrie par l'alcoolisme.

Rendu proscrit les bains froids lorsque les lésions de la pneumonie sont

trop étendues, car il craint l'asphyxie à la suite du refoulement du sang dans les parties profondes. Le bain est encore contre-indiqué chez le diabétique.

Les indications du bain froid dans la pneumonie sont dans les phénomènes nerveux graves : délire, adynamie, convulsions. Il est excellent dans les pneumonies infectieuses, dans lesquels il y a de faibles lésions locales et de grandes oscillations de la température (Rendu).

En 1873, Fismer a publié une statistique portant sur 460 cas de pneumonie. Sur 230 cas non traités par les bains froids, il y a eu 40 morts (26,1 p.100), et sur 152 malades baignés (on ne donnait de bains que lorsque la température dépassait 39°) 38 succombèrent (16,5 p. 100). Jurgensen a réuni 360 observations de pneumoniques âgés de 0 à 28 ans, traités par les bains; la mortalité a été de 0,8 p. 100, tandis que Lépine donne, pour les mêmes âges, une mortalité de 9 p. 100. En résumant tous ces cas, Jurgensen arrive à une moyenne générale de mortalité de 12,7 p 100; la moyenne générale de Lépine (traitements ordinaires) était de 29 p. 100.

Rendu conseille l'enveloppement dans le drap mouillé chez les vieillards, les athéromateux, les brightiques et dans la pneumonie double. Ce mode de réfrigération n'est contre-indiqué, pour lui, que dans le collapsus avec algidité. Turbian a aussi préconisé les enveloppements humides prolongés dans le traitement de la pneumonie.

B. Robinson emploie ce qu'il appelle le bain de lit. On fait une sorte de bassin sous le malade, en disposant une toile de caoutchouc dont on relève les bords par l'interposition de larges pliés en plusieurs couches. Il recommande surtout l'eau froide dans le délire.

Lees a préconisé l'application de glace sur le thorax dans toute l'étendue de la partie hépatisée. Presque toujours il a obtenu de bons résultats, car sur 18 cas le traitement n'a échoué que deux fois. Il y a à la fois abaissement de la température et arrêt dans le développement des signes physiques et des signes généraux. Chez les enfants, les effets de l'application de glace sont habituellement très bons, cependant il faut craindre le collapsus chez ceux qui sont chétifs ou trop jeunes. Goodhort a observé aussi des phénomènes de collapsus ; il a vu le traitement par la glace réussir dans la moitié des cas environ.

Mays a beaucoup préconisé la glace. Lorsque dans un point du poumon on constate l'absence du murmure respiratoire, de la respiration tubaire et de la matité à la percussion, l'application de glace est rapidement suivie de la réapparition du murmure vésiculaire et de la diminution de la matité, en même temps que l'on entend des crépitations. Il y a amélioration simultanée des douleurs, de la toux, de l'expectoration et la température peut diminuer de 3 degrés en une demi-journée. Jamais Mays n'a vu l'application de la glace être accompagnée ou suivie de symptômes fâcheux. Sur 50 cas traités il n'y a eu que 2 morts.

Ficaudt a appliqué la méthode de la glace chez 106 pneumoniques et a eu une mortalité de 2,82 p. 100.

Fenwick a employé le Cerceau de glace; le refroidissement est obtenu au moyen de récipients pleins de glace, soutenus par des cerceaux et placés au-dessus du malade ; on peut, par ce moyen, abaisser rapidement la température.

Balz préconise, par contre, les bains très chauds dans la pneumonie des

enfants. Il faut continuer l'immersion jusqu'à ce que la peau du petit malade devienne rouge, soit cinq à dix minutes pour un bain à 40° et trois à cinq minutes pour un bain à 42°. Si la respiration devient difficile dans le bain, il faut faire des aspersions froides de la face, du cou et de la poitrine. On doit donner, suivant les cas, de deux à quatre bains très chauds par jour.

II

Lépine a essayé de provoquer ce que Fochier a appelé les abcès de fixation dans la pneumonie en voie de suppuration. L'état grave du sujet autorisait toutes les tentatives thérapeutiques. Les abcès provoqués à l'aide de l'essence de térébenthine ont déterminé une amélioration très rapide et le malade a guéri, On ne devra employer ce traitement qu'en cas d'hépatisation grise et prendre garde de prendre pour un indice de cette hépatisation l'exacerbation précritique.

Dieulafoy a expérimenté aussi cette méthode de traitement. Chez une malade atteinte de pneumonie grippale très grave, les injections de 1 gr. d'essence de térébenthine furent pratiquées au niveau des membres. Le pus des abcès qui se formèrent ne renfermait aucun microbe. La malade guérit rapidement.

Dans la discussion qui a suivi, à la Société médicale des hôpitaux, la communication de Dieulafafoy, Netter a rappelé que, dans un cas de pneumonie où des injections d'éther impur avait provoqué des abcès, le pus de ces derniers renfermait des pneumocoques et de gros bâtonnets.

Dans un cas de Gingeot, les abcès de fixation déterminèrent aussi une amélioration rapide ; le pus des abcès ne renfermait pas de microbes.

Rendu a échoué dans trois cas.

P. Olivier a eu recours à la méthode de Fochier chez un jeune homme de 17 ans arrivé au huitième jours d'une pneumonie grave. Le pus renfermait des staphylocoques dorés. Le malade a guéri.

Franc a employé les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine dans trois cas ; il a eu une guérison et deux morts dues au collapsus nerveux et à l'hépatisation grise. Le malade guéri avait des crachats purulents au moment des injections.

Raoul, Mercantino, Bard ont eu chacun un succès.

Moni a échoué deux fois et n'a pas vu les injections modifier l'état asphyxique.

Toubert a observé un cas de pneumonie qui guérit rapidement par la formation d'un phlegmon. La liquéfaction de l'exsudat fibreux a coïncidé rigoureusement avec l'apparition d'un phlegmon de l'avant-bras.

Revillod ayant vu deux pneumonies graves jugées par la formation d'abcès critiques, a employé le traitement de Fochier avec succès dans deux cas où la suppuration semblait imminente. Il a eu deux insuccès chez deux pneumoniques agonisants et, du reste, le phlegmon produit par les injections de térébenthine n'est pas arrivé à suppuration. Pour Revilliod, l'absence de micro-organismes dans le pus s'explique par l'action microbicide de la térébenthine.

Bermon, qui a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du traitement de la pneumonie grave par les injections d'essence de térébenthine, leur reconnaît une valeur certaine ; de plus, dit-il, elles sont inoffensives et ne troublent pas la marche naturelle de la maladie.

Chantemesse, dans huit cas, n'a eu que des résultats négatifs et se demande même s'il n'est pas plus nuisible qu'utile de provoquer des abcès.

Spillmann a fait le procès de la méthode. Pour lui, il ne s'agit pas d'abcès de fixation puisqu'aucun germe soustrait à l'organisme malade ne se trouve habituellement dans le pus. On ne peut non plus invoquer la production d'une leucocytose aiguë «amenant de nouveaux combattants sur le champ de bataille» car le nombre des globules blancs n'est pas augmenté dans le sang des malades auxquels on a pratiqué des injections d'essence de térébenthine. Enfin, il est vrai que les abcès produits par la térébenthine peuvent être considérés comme agissant par révulsion, mais c'est une révulsion terrible, très douloureuse, inapplicable chez le vieillard. Cependant, pour Mossé, Barth, laméthode de Fochier peut être utile, à condition d'être employée d'assez bonne heure, lorsque l'organisme n'est pas épuisé. Il est vrai que Barth se demande si elle ne serait pas susceptible d'accroître l'adynamie et le collapsus.

III

La sérothérapie, qui fait tant parler d'elle en ce moment, a aussi été essayée dans la pneumonie. On a surtout fait des expériences sur les animaux (Mosny, etc.) et les tentatives thérapeutiques sur l'homme sont encore peu nombreuses.

F. et G. Klemperer ont traité 12 cas de pneumonie avec du sérum de lapins fortement immunisées. Chaque dose était de 5 à 10 cc. que l'on a injectés sous la peau dans la région fessière. En éliminant 5 cas où la crise résultait certainement de l'évolution naturelle de la maladie, il en reste 7 où il y a eu chaque fois abaissement de la température et diminution de la fréquence du pouls et des mouvements respiratoires. La sérothérapie a rendu incontestablement, d'après Klemperer, la maladie plus bénigne.

Les mêmes auteurs ont, chez huit pneumoniques, injecté des cultures concentrées et chauffées à 60°, dépourvues de toxicité. Les résultats ont été très satisfaisants; la chute de la fièvre s'est faite par degrés et a commencé douze à vingt-quatre heures après l'injection. Quelquefois, lorsqu'il y avait réascension de la température, on a fait une seconde injection.

Les deux Klemperer ont encore inoculé à des malades du sérum de pneumonique recueilli immédiatement après la crise. Les inoculations ont entraîné des abaissements de température qui ont été souvent le signal de la défervescence définitive.

Foa et Carbon ont vu une pneumonie arrêtée au quatrième jour par des injections de sérum de lapin vacciné.

Foa et Scolia ont injecté sous la peau du dos de dix pneumoniques 5 à 7 centimètres cubes de sérum de lapins rendus réfractaires. Certains malades ont reçu jusqu'à trois injections. Ces dernières ont semblé hâter la crise chez quatre malades.

Janson a vu aussi ce mode de traitement produire de bonne heure la défervescence.

Lava a soumis dix pneumoniques à des injections de sérum de sang et d'extraits des viscères d'animaux pneumoniques. Les injections ne déterminent aucune réaction locale immédiate ou ultérieure. Il n'y a pas

d'influence immédiate marquée sur la température, mais la courbe thermique s'abaisse dans son ensemble ; la fréquence du pouls, le chiffre des respirations sont diminués. La convalescence se fait rapidement et il ne survient pas de complications.

En fait, la voie reste ouverte aux expérimentateurs.

(*A suivre.*)

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A la dernière séance, M. Reclus avait présenté une pièce très intéressante d'*hydronéphrose bilatérale ;* à propos du procès-verbal, il fait une communication sur cette curieuse observation qu'il convient d'analyser.

Il s'agissait d'un jeune homme de 32 ans, qui portait une tumeur à deux saillies, l'une occupant la fosse iliaque droite, l'autre le flanc gauche, toutes deux séparées par une dépression formant gouttière, très sonore à la percussion. Ces tumeurs étaient fluctuantes et communiquaient, puisqu'on sentait le reflux du liquide d'une main à l'autre.

L'affection datait de 1885 ; c'est pendant son service militaire que le patient en ressentit les premières atteintes. Il alla trouver le major qui, après plusieurs examens, pratiqua une ponction avec la seringue de Pravaz et retira un liquide analogue à de la bière brune, suivant la comparaison du malade ; plus tard, le même major enfonça un trocart dans la tuméfaction et en retira 7 litres de liquide.

La tumeur, dont le volume était fixe auparavant, eut, à partir de ce moment, des alternatives de diminution et d'augmentation coïncidant avec l'émission d'un liquide urinaire semblable à celui extrait par la ponction. *L'hydronéphrose, de fermée, était donc devenue ouverte et intermittente.*

Plusieurs années s'écoulèrent pendant lesquelles la tumeur présenta les mêmes symptômes et les ponctions furent alors pratiquées de plus en plus souvent, se répétant à la fin tout les deux mois ; en 1890 même, il y eut inoculation et infection de la poche avec accidents péritonitiques qui se calmèrent.

Le malade entra dans le service de M. Reclus, qui fit le diagnostic et se décida pour l'intervention par la voie transpéritonéale, bien entendu, le volume de la tumeur excluant absolument la voie lombaire. L'opérateur espérait, une fois le ventre ouvert, pouvoir constater l'état du rein droit pour savoir s'il était sain ; il ne le put à cause du volume de la tuméfaction et se mit immédiatement en demeure d'extirper la poche, ce qui fut plus facile qu'on n'aurait pu le croire. Des ligatures furent placées sur le pédicule, tout se passa bien comme opération ; mais les urines diminuèrent d'une façon constante, à partir du quatrième jour, pour devenir nulles le sixième ; le malade mourut. A l'autopsie, on trouva le rein droit présentant la même altération que le rein gauche ; mais à un beaucoup plus faible degré. Le rein gauche n'existait plus et était remplacé par une poche énorme bilobée, qui avait laissé cependant le bassinet intact et au-dessous de celui-ci un uretère absolument sain ; tandis que du côté opposé ce canal excréteur présentait deux torsions avec dilatation intermédiaire, le tout fixé dans une bride fibreuse.

Il faut donc, avec M. Reclus, dire que tout n'est pas encore clair dans la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente, malgré le bon travail de MM. Terrier et Baudoin; car, dans son observation, la coudure de l'uretère se trouvait du côté où le rein fonctionnait, tandis que du côté droit, où il n'y avait pour ainsi dire plus de tissu rénal, l'uretère était absolument sain.

Il faut encore signaler le volume de cette hydronéphrose, une des plus voluminenses, sinon la plus volumineuse qui ait été publiée; puis la marche de la tumeur qui, de fermée devint ouverte à la suite d'une ponction, et cela sans l'apparition des crises signalées par les auteurs, Enfin, il ne faut pas non plus, dans cette observation, incriminer la mobilité du rein qui était fixé par la tumeur et qui n'a pas pu se déplacer.

Chose curieuse, aucun des chirurgiens spécialisés ne demande la parole et nous écoutons alors un rapport de M. Charles Nélaton sur un travail adressé par M. Walther et intitulé : *Luxation du coude en arrière.—Irréductibilité. — Arthrotomie.— Guérison.* Là, l'observation est bien simple. Un homme tombe dans un escalier, il se luxe le coude en arrière. Docteur, internes, chef de service tentent la réduction, mais en vain. M. Walther prend immédiatement le bistouri, ouvre l'articulation et trouve les lésions suivantes : d'abord des caillots sanguins en grande quantité, puis une masse musculaire interposée entre la trochlée et le cubitus ; enfin, une partie de l'apophyse coronoïde arrachée, ne laissant plus, attenant au cubitus, qu'une mince lamelle de cartilage interposée entre les surfaces articulaires.

Le rapporteur approuve la conduite du chirurgien, mais il n'est pas tout à fait de son avis quand il s'agit d'interpréter et le mécanisme de l'irréductibilité et les conséquences qu'aurait pu amener l'abstention. Ce n'est pas la mince lamelle cartilagineuse interposée qui, pour M. Nélaton, s'opposait à la réduction, et, la meilleure preuve, c'est qu'au moindre mouvement imprimé au cubitus elle s'est brisée et a sauté au dehors de l'article ouvert. Les caillots sanguins, quand ils ne sont pas enlevés, ne déterminent pas grand dommage et les parcelles cartilagineuses ne deviennent pas des corps étrangers, comme a pu le penser M. Walther ; car, s'il en était ainsi, comme dans toute luxation il y a souvent détachement de parcelles cartilagineuses, les arthrophytes se formeraient en très grand nombre après cette lésion.

M. Nélaton est partisan de l'arthrotomie, mais il pense qu'on dédaigne trop aujourd'hui les autres procédés et notamment la traction élastique, qui est un moyen précieux et qui a réussi dans beaucoup de cas où toutes les autres manœuvres avaient échoué.

La séance se termine par la lecture d'un rapport de M. Chauvel, absent, sur deux travaux du docteur Nicot.

Le premier a trait à une *ligature de l'iliaque externe* pratiquée pour une plaie de la fémorale à la racine de la cuisse. Cette ligature de l'iliaque externe a été faite à travers le péritoine. On se demande pourquoi la séreuse, à ce niveau, est si facile à décoller et s'oppose si bien à l'irruption des viscères dans la plaie. Ensuite, comme le fait remarquer le rapporteur, la pratique admise est celle de la ligature des deux bouts dans la plaie.

C'est du *traitement d'un abcès du foie compliqué d'ascite, par la mé-*

thode de Little, que parle M. CHAUVEL dans son second rapport. M. Nicot a guéri son malade par cette thérapeutique en s'assurant du diagnostic à l'aide de ponctions. Une discussion s'engage, côurte et rapide, du reste, sur l'opportunité de la ponction, jugée utile par M. CHAMPIONNIÈRE, repoussée par M. CHAUVEL et M. QUÉNU qui cite, à l'appui de cette opinion, un cas dans lequel la laparotomie pratiquée montra une poche si mince qu'elle se rompit pendant un effort du malade et cependant elle avait été ponctionnée avec un trocart très fin. Il n'est pas douteux, ajoute M. QUÉNU, que si on avait enfoncé un trocart pour simplement faire le diagnostic, la poche ne se soit ouverte et son contenu répandu dans le péritoine.

A ceci M. CHAMPIONNIÈRE répond qu'il est cependant utile d'être renseigné sur la présence du pus et sur son siège et, si nous avons bonne mémoire, n'existe-t-il pas, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, une observation de M. Quénu dans laquelle il ne trouva pas l'abcès qui fut rencontré à l'autopsie; ce fait pourrait venir à l'appui, si nos souvenirs nous servent bien, de ceux qui défendent la pratique des ponctions répétées jusqu'à ce que le pus soit découvert.

On discute ensuite la question de l'isolement préalable de la poche avant l'ouverture de l'abcès par l'incision du tissu hépatique. M. CHAMPIONNIÈRE est partisan de cette pratique, comme M. QUÉNU, comme M. PEYROT, comme d'autres, mais M. MICHAUX fait remarquer que cette pratique est quelquefois difficile, la poche une fois vidée s'enfuyant dans l'abdomen. Heureusement, ajoute-t-il, que le pus est souvent stérile ; pas toujours, répond M. TUFFIER, en s'appuyant sur sept cas opérés par lui. Dans les six premiers le pus ne contenait pas de microbes ; mais il en existait dans la septième observation et s'il n'avait pas pris de précautions pour empêcher l'infection du péritoine, il aurait eu certainement des accidents.

Eugène ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Action des hautes pressions sur les microbes

M. ROGER. — Il paraît établi par de nombreuses recherches que les gaz comprimés atténuent et détruisent les bactéries, mais on n'a pas encore recherché les effets que pourrait produire la simple compression des liquides de culture. M. Roger a fait, à ce sujet, deux séries d'expériences. Il s'est d'abord servi d'un appareil qui permet de produire des chocs de 250 kilogrammes : le staphylocoque doré, le streptocoque de l'érysipèle, le bacille du côlon, la bactéridie charbonneuse, sporulée ou non, ont été soumis à l'action de cinq à dix chocs successifs et n'ont présenté aucun trouble.

Il a recherché alors l'influence de pressions plus élevées. Il a pu soumettre les mêmes cultures à des pressions qui ont varié de 1,000 à 3,000 kilogrammes par centimètre carré, c'est-à-dire de 967 à 2,903 atmosphères. Dans ces conditions, le staphylocoque, le bacille du côlon n'ont éprouvé aucune modification ; le charbon sporulé a été légèrement atténué à 3,000 kilogrammes. Le charbon non sporulé supporte parfaitement 1,000 kilogrammes ; les pressions de 2,000 et surtout de 3,000 kilogrammes font périr un grand nombre de bâtonnets ; ceux qui résistent ne produisent chez le cobaye qu'une maladie chronique qui évolue en quinze à vingt jours, tandis que chez les témoins la

mort survient en trois jours. Le streptocoque est également altéré par une pression de 3,000 kilogrammes : quelques microbes sont tués ; ceux qui résistent se développent plus lentement que les témoins et possèdent une virulence moindre ; introduits sous la peau, ils provoquent un érysipèle curable, tandis qu'avant la compression, l'inoculation sous-cutanée produisait une septicémie mortelle.

On peut donc conclure qu'il existe une différence très curieuse entre la sensibilité des bactéries à l'action des gaz comprimés et leur résistance aux simples élévations de pression. Il faut les soumettre à 2,000 ou 3,000 kilogrammes pour obtenir, chez quelques-unes, des troubles appréciables Les changements de pression qui se passent sur notre globe ne peuvent donc jouer aucun rôle dans les modifications de virulence des agents pathogènes. Au point de vue pratique, on ne peut espérer stériliser les liquides au moyen de chocs répétés.

La frigothérapie

C'est un mot nouveau créé pour une méthode nouvelle par M. Raoul Pictet, elle constitue une étude sur les lois du rayonnement à basses températures et les applications toutes nouvelles qui en découlent pour la thérapeutique et les recherches expérimentales en biologie.

Toutes les vibrations calorifiques qui correspondent avec les températures au-dessous de — 65° à — 67° traversent tous les corps comme la lumière traverse le verre. Les substances mauvaises conductrices deviennent transparentes pour la chaleur. Les rayons froids traversent une pelisse, une couverture de laine, une planche de bois, comme un rayon de soleil traverse une vitre !

Les animaux, sur terre, ne sont jamais soumis à des froids plus intenses que — 45° à — 50°, et dans ces conditions les pelisses naturelles dont la nature les a revêtus les protègent parfaitement ; par contre, que va-t-il se passer si l'on enveloppe un chien, par exemple, de couvertures et de duvets réputés *bien chauds* et qu'on place cet animal dans un *puits frigorifique* maintenu à — 100° ou 110° ?

Les rayons compris entre — 65° et + 7°5, température du chien, seront absorbés par la pelisse et les couvertures, ce qui supprimera totalement l'impression *de froid à la peau ;* l'organisme de l'animal vivant éprouvera une perte de chaleur due aux rayons compris entre — 110° et — 65° qui traversent les couvertures et le duvet pour aller s'absorber dans l'enceinte froide.

Tout le corps du chien va ainsi se refroidir sans que la peau soit prise comme *agent révélateur* du danger que court l'animal.

Dans ces conditions absolument nouvelles et réalisées pour la première fois par les expériences que M. Pictet a faites dans son puits frigorifique, il a constaté que tout l'appareil digestif reçoit un stimulant si puissant qu'en quelques minutes une faim *intense* se manifeste ainsi qu'une augmentation de la circulation sanguine. Voici, en effet, ce qu'il a observé sur lui-même :

Il était atteint depuis plus de six ans d'une affection d'estomac tellement douloureuse qu'il redoutait chaque digestion, et avait perdu presque le souvenir de ce qu'on nomme l'appétit.

Il descendit dans le *puits frigorifique* le 23 février 1894, bien entouré d'une pelisse et de vêtements épais Au bout de *quatre minutes*, l'impression de *fringale* commença, donnant progressivement la *sensation douloureuse de la faim* pendant les quatre minutes suivantes, Il sortit du puits avec un désir impérieux de manger.

Au bout de quelques expériences répétées les jours suivants, les digestions furent absolument bonnes, rapides et *sans douleur.*

Après huit opérations analogues de huit à dix minutes chacune, il était *absolument*

guéri, et aujourd'hui il n'a jamais eu d'estomac plus valide et plus complaisant. M. Pictet désigne sous le nom de *frigothérapie* cette méthode nouvelle d'agir sur l'appareil digestif; elle consiste à utiliser le rayonnement aux très basses températures, opérant sur le patient bien couvert de pelisses.

Histoire de la médecine

OUVERTURE DU COURS DU PROFESSEUR LABOULBÈNE

Suivant sa coutume, M. Laboulbène consacre sa première leçon à la revue des événements marquants arrivés dans l'année, nous allons signaler les principaux, particulièrement intéressants à cause des quelques paroles de pieux et touchant souvenir consacrées à trois anciens agrégés de mérite, MM. Quinquaud, Ollivier et Legroux.

Messieurs,

Charles-Eugène Quinquaud m'était particulièrement affectionné. Par un travail opiniâtre, avec une volonté de fer, il avait conquis tous ses titres, il ne devait rien qu'à lui-même. Quinquaud avait remplacé Gavarret à l'Académie de médecine, dans la section de physique et de chimie. Ses travaux importants ont un cachet d'originalité et d'exactitude; il connaissait le rôle considérable des méthodes rigoureuses de la physique et surtout de la chimie dans leurs applications à la médecine.

C'était un vaillant et un fort. Sa perte a été vivement ressentie par tous ; elle me laisse une douleur que le temps peut amortir, mais qui ne s'effacera jamais, car nos chers élèves de la première heure font réellement partie de notre famille.

Auguste Ollivier était plus âgé que Quinquaud, et Grisolle qui l'avait remarqué l'avait pris pour gendre. Ollivier appartenait, dès 1887, à la section d'hygiène de l'Académie, et s'occupa t activement de pathologie spéciale, à l'hôpital des Enfants-Malades. Je l'avais eu pour compétiteur à cette chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie et nul, plus que moi, n'a connu ses travaux, son désir d'arriver au professorat dans la Faculté et l'ardeur qu'il a déployée pour atteindre le but élevé qu'il poursuivait.

Alexis-Charles Legroux, fils d'un médecin éminent auquel on doit la thèse *Sur les concrétions sanguines dites polypiformes développées pendant la vie*, avait hérité des hautes qualités paternelles. Devenu à la fois par le concours, en 1875, agrégé et médecin des hôpitaux. Legroux a fait plusieurs remplacements où il sut se faire écouter ; il laisse partout de sympathiques regrets.

Le professeur rend ensuite hommage à la mémoire de Maillot ;

Vous m'approuverez, dit-il, de donner un souvenir à un homme de cœur dont la modestie égalait le mérite, à un illustre chef de la médecine militaire qui avait reçu une récompense nationale pour ses inoubliables services, François-Clément Maillot, ayant reconnu comme Littré la vraie nature des fièvres d'Afrique, répudia la médication antiphlogistique et employa résolûment le sulfate de quinine. Grâce à lui, l'armée put se maintenir en Algérie, et la colonie, « terre maudite » suivant l'expression arabe, est devenue salubre et fertile.

Puis il souhaite ensuite la bienvenue aux deux nouveaux maîtres, ses collègues, MM. Raymond et Berger :

Ils vous donneront un enseignement hospitalier des plus profitables, l'un en pathologie nerveuse, l'autre en pathologie chirurgicale, et avec les admirables conquêtes de l'anesthésie, de l'asepsie et de l'antisepsie. Espérons aussi que l'Ecole de la Salpêtrière s'agrandira et que la clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, si éloignée à Sainte-Anne, sera transférée auprès de la clinique des maladies du système nerveux.

Le souvenir de Charcot se perpétuera dans cette dernière, avec celui qu'il avait désigné pour successeur : son élève et son ami, Fulgence Raymond.

Passant des hommes aux faits, M. Laboulbène rappelle les nombreux congrès qui se sont succédé, durant cette année, et il insiste sur le congrès d'hygiène de Budapest :

Je veux insister sur le congrès international d'hygiène et de démographie qui a eu lieu à Budapest, du 2 au 8 septembre. La réception hongroise a été des plus cordiales : l'impression produite par les travailleurs français demeure exceptionnelle. Je vous indique rapidement : le rapport du professeur Duplay sur l'étiologie du cancer, les travaux sur l'hygiène de l'eau potable, la bactériologie du choléra, la peste à Hong-Kong et le bacille de la peste, le pneumo-bacille et la pneumo-bacilline, la malléine, etc. Il vous faudra lire et apprécier le rapport de M. Metchnikoff sur l'immunité dans les maladies infectieuses, où la part est faite entre l'activité des cellules vivantes et les matières solubles tant alexines qu'antitoxines. La communication de premier rang de M. E. Roux, sur la sérumthérapie dans la diphtérie, a été faite en présence de Behring, de Lœffler, d'Aronson, etc. M. Roux a publié ses recherches lorsque les résultats en ont été bien acquis et fort nombreux, sans avoir à craindre les désillusions qui ont suivi d'autres découvertes annoncées à la hâte. La sérumthérapie prend place dans la thérapeutique ; elle s'appuie sur des faits, elle résulte des doctrines et des procédés introduits dans l'étude des maladies infectieuses par le fécond génie de notre grand Louis Pasteur.

Le sujet du cours du semestre est l'histoire des maladies parasitaires, dont la connaissance approfondie s'impose de plus en plus. La découverte pressentie de parasites infiniment petits, mais non encore trouvés, constituera un des progrès importants de l'avenir. L'action de ces agent : cocci, bactéries, sporozoaires, etc., est loin d'être simple ; elle est liée au milieu de culture favorable, au degré de développement, à des associations microbiennes multiples. De là, une complexité que des recherches faites de toutes parts tendent à élucider. Le médecin, quoi qu'on en ait dit et comme on l'a cru trop facilement, ne veut pas constamment la mort ou l'expulsion du microbe, il s'efforce de le rendre moins redoutable, sinon inoffensif; il empêche sa propagation, il atténue sa virulence. La sérumthérapie vous offre ainsi un moyen précieux, et pouvant désormais être employé avec succès.

Dans cette première leçon, suivant mon habitude, je vous exposerai un sujet spécial ; j'ai choisi Galien et son époque. Pendant vos études, vous entendrez souvent prononcer le nom du grand médecin de Pergame et citer son système, ou le galénisme, qui a régné et pesé sur la médecine pendant une longue série de siècles. Galien doit vous être parfaitement connu, il faut vous former une idée impartiale sur cet homme célèbre et sur l'influence qu'il a exercée. Il faut aussi que vous vous rendiez compte de la médecine à Rome, médecine grecque, apportée par les Grecs si redoutée de Caton le Censeur, Romain du vieux parti. Un livre important de M. Maurice Albert, qui a paru il y a quelques mois à peine, me fournira l'occasion de vous soumettre et de discuter des documents fort intéressants.

Pendant la semaine, les mardis et jeudis, je vous exposerai l'histoire des maladies parasitaires. Le samedi sera réservé à l'histoire générale des sciences médicales, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Je vous ferai parcourir les diverses époques de la médecine en ayant soin de placer en pleine lumière, de faire ressortir en relief les grandes figures des maîtres ainsi que de leurs œuvres. Vous apprendrez ainsi la biographie et la bibliographie médicales. Sans plus de préambules, je commence à vous parler de Galien...

CORRESPONDANCE

Nous recevons d'un de nos abonnés la lettre suivante que nous nous hâtons de porter à la connaissance du public médical :

Monsieur le Rédacteur en chef,

On ne cesse de tomber sur les pauvres diables de médecins. — Sans parler du fisc qui nous octroie des patentes de 1re classe, et du Conseil municipal de Paris qui se propose, dit-on, de nous enlever les derniers clients que les innombrables cliniques plus ou moins gratuites nous auraient laissés, voilà les filous de la noble Espagne qui s'en mêlent. — Voici la lettre que je viens de recevoir. Je vous la communique afin de mettre en garde mes confrères contre cette nouvelle escroquerie.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, mes sentiments les plus distingués et dévoués,

Dr EDOURD BARRÉ.

TRANSPORTAS MARITIMOS
par vapor
Agente especial

EDUARDO BERMUDEZ
Alphonso XII, 15, 2°
MADRID

Madrid, 1er décembre 1894,

Sr Dr Edomond Barré, Paris,

Du paquebot-poste espagnol *San Ignacio*, qu'avec [la dérivation des îles Philippines, arriva au port de Malaga, le 25 octobre écoulé, notre maison de ditte ville a retiré une caisse marquée E. B., adressée à vous et contenant une couverture en soie, des éventails des boutons, des objets en céramique et d'autres effets de manufacture chinoise, selon on a fait constater sur la guide respective.

Le médecin du paquebot nous a recommandé beaucoup cet envoi et de le retenir jusqu'à recevoir vos ordres duquel vous avez déjà connaissance.

Cette caisse a la dérivation du Tonkin fut remise à Manille pour la réembarquer pour l'Europe.

Nous vous prions de vouloir bien nous dire par courrier de quelle manière nous devons vous remettre cette caisse, en étant de transit nous ne pouvons pas la retenir plus de temps en notre pouvoir sans nous exposer à une amende de notre douane ; au même temps, pour nous rembourser de nos avances, vous nous envoyerez, par lettre recommandée, sans déclarer la valeur, un billet de 50 francs, qui au change d'aujourd'hui équivalent à 56 26 piécettes, ce que montent les frais faits en cette expédition que nous avons payé pour votre compte et que nous ne pouvons pas faire suivre par n'avoir pas des correspondants en France.

En attendant votre réponse, recevez, monsieur, mes plus sincères salutations,

Signé : E. BERMUDEZ.

COURRIER

Mort victime du devoir professionnel. — M. le docteur Bonafous (de Salindres), vient de mourir à l'âge de quarante-six ans, victime du devoir professionnel. Notre confrère soignait un jeune enfant atteint de diphtérie, lorsque dans un accès de toux, au moment d'une cautérisation, il a été inoculé par les membranes diphtéritiques. Il laisse une veuve et six enfants.

— M. le docteur J. Luys, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de

médecine, vient d'offrir à la Faculté de médecine de Paris, pour le musée Dupuytren, une collection de cerveaux momifiés recueillis, préparés et catalogués par lui, pendant son temps de séjour dans les hôpitaux, à la Salpêtrière et à la Charité. Cette collection serait sans pareille en Europe.

Elle comprend 220 lobes cérébraux et présente des échantillons multiples de lésions du cerveau humain, depuis les plus communes — les hémiplégies vulgaires, les aphasies — jusqu'aux lésions les plus caractéristiques de la folie.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Binaud.

Asiles publics d'aliénés. — Une place d'interne en médecine est vacante à l'hôpital d'Evreux.

Traitement : 1,200 francs par an, logement, nourriture, blanchissage, chauffage et éclairage.

Adresser sa demande au directeur, avec un relevé de sa feuille de scolarité constatant au moins douze inscriptions de doctorat.

Diminution du nombre des étudiants en médecine en Angleterre. — Le nombre des étudiants en médecine a diminué notablement en Angleterre. En première année, il y en a dans les écoles de Londres quarante de moins que l'année dernière, et, dans les écoles de province, cent vingt-quatre en moins. En somme, cela fait pour cette année une diminution d'environ 13 pour 100. Toutes les écoles sont en décroissance, sauf à Londres, Saint-Barthélemy, Saint-Georges, l'École des Femmes et Charing-Cross, et, en province, Cambridge et Bristol. Durham est tombé de cent vingt-trois à trente-six, et Ovens Collége, de soixante-treize à quarante-trois.

Est-ce pour enrayer cette désertion qu'un grand journal politique donnait récemment l'énumération des fortunes laissées par certains docteurs ? La moyenne, pour trente-sept médecins ou chirurgien en renom, serait, d'après lui, de 1,250,000 francs. En tête de la liste, figure W. Gull avec huit millions et demie; mais la *Médical Press* fait remarquer que ses relations avec la famille Rothschild lui ont permis d'ajouter à ses bénéfices professionnels des placements avantageux. Elle admet, au contraire, qu'une fortune comme celle qu'a laissée A. Clark, plus de cinq millions, peut être en grande partie acquise, dans la période active de sa vie, par un médecin à la mode.

— Les jours de grandes fêtes à la cour ou de cérémonies militaires, certaines rues de Berlin, en particulier l'avenue Unter den Linden et ses approches, sont interdites au public pendant plusieurs heures.

Les médecins réclament depuis longtemps le droit, dans l'exercice de leur profession, de franchir la barrière des agents de police.

La permission vient de leur être accordée, mais à deux conditions :

1° Ils doivent être munis d'une passe personnelle ;

2° Ils doivent quitter leur voiture et ne passer qu'à pied.

(*Médecine moderne.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — II. Revue critique chirurgicale. — III. Revue de thérapeutique. — IV. Société médicale des hôpitaux. — V. Traitement local de la diphtérie. — VI. Courrier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Production et commerce du sérum antidiphtérique. — Désinfection des wagons ayant transporté des contagieux. — Chauffage des voitures publiques. — L'abattoir intercommunal du clos Montholon.

Il sera difficile, pendant quelque temps encore, de ne pas donner la première place à la sérumthérapie dans nos Chroniques de l'hygiène. Nous ne voudrions pas épuiser la question ; mais elle inspire un si puissant intérêt que les lecteurs des journaux de médecine désirent être tenus au courant de tout ce qui la concerne. Nous en avons la preuve dans les lettres qui nous arrivent chaque jour de nos confrères de province. Ils nous demandent tous comment se procurer du sérum antidiphtérique et nous prient de les aider à en obtenir.

Nous leur faisons à tous la même réponse, celle qu'on reçoit invariablement à l'Institut Pasteur. Il ne sera pas en mesure, comme l'ont avancé quelques journaux, d'en distribuer à tout le monde dès le 15 ou le 20 décembre ; mais, à partir du 1er janvier, il pourra très probablement donner satisfaction à toutes les demandes répondant à des besoins réels qui lui seront adressées des différentes parties du territoire. Quant aux dépôts de prévision, il faudra, pour en former, attendre au moins jusqu'au 20 janvier, peut-être jusqu'au 1er février 1895. D'ici là, les médecins de province qui ont des cas de croup à traiter n'ont qu'à s'adressser directement et par le télégraphe à l'Institut Pasteur. On leur expédiera la dose de sérum nécessaire, toutes les fois que les hôpitaux et les médecins de Paris ne consommeront pas toute la production courante.

C'est à la même date, c'est-à-dire le mois prochain, qu'on pourra satisfaire les demandes de l'étranger. En attendant, on s'évertue partout à fabriquer du sérum et il figurera bientôt sur les prix courants des pharmacies de l'étranger. Les prix sont très variables. Le sérum d'Aronson, dont nous parlions dans notre Chronique du 27 novembre et qu'on emploie dans quelques hôpitaux de Londres, coûte 20 francs les 10 grammes. Celui de Behring est un peu moins cher. La fabrique d'Hœchst met en vente, au prix de 3 marcs, de petits flacons contenant 2 centimètres cubes de sérum. C'est la dose fixée par Behring, pour la vaccination préventive qu'il recommande dans une note récente publiée dans la *Deutsche med. Wochenschrift*. Cette dose suffit, à ce qu'il paraît, pour assurer une immunité de deux mois et demi, au bout desquels on est libre de recommencer. La dose est la même pour les adultes que pour les enfants.

Les journaux politiques de Munich et de Berlin commencent à offrir des flacons de sérum comme prime à leurs abonnés. Il suffit d'envoyer au journal sa quittance d'abonnement avec une ordonnance médicale pour recevoir, sans frais, un flacon provenant d'une pharmacie reconnue. Nous ne sommes pas encore aussi fin de siècle.

En Autriche également la vente du sérum antidiptérique a été autorisée dans les officines par une circulaire récente du ministère de la justice ; mais les pharmaciens qui s'approvisionnent à l'étranger sont tenus de s'adresser à des établissements dont la fabrication présente des garanties suffisantes. Il y en a trois d'autorisées pour le moment : 1° la fabrique de couleurs d'Hochst, dont nous avons parlé plus haut. C'est l'ancienne maison Meister et Bruning. C'est le sérum de Behring qu'on y débite ; 2° la fabrique de produits chimiques de Schernig, à Berlin, où on vend le sérum d'Aronson ; 3° enfin l'Institut Pasteur qu'on est quelque peu surpris de voir figurer sur la circulaire austro-hongroise à la suite des deux usines précitées, attendu qu'il n'a rien de commun avec elles, étant un établissement scientifique dans lequel on ne vend rien. Il n'est pas en mesure d'ailleurs de fournir du sérum à l'étranger, puisqu'il ne pourra pas en faire de dépôts en province avant un mois. D'ici là, il y aura le temps d'en réglementer la vente, et la loi sur l'exercice de la pharmacie que le Sénat vient de voter en première lecture y a pourvu par son article 15, dont l'*Union médicale* a donné le texte dans son numéro du 6 décembre (1).

L'impossibilité de se procurer du serum en province fait affluer, en ce moment à Paris, les malades des villes environnantes. Le fait a été signalé au ministre des travaux publics et son attention a été appelée sur les dangers que présente le transport des diphtéritiques par les trains de chemins de fer. Il a, tout récemment, adressé aux différentes compagnies une circulaire aux termes de laquelle des pulvérisateurs destinés à la désinfection des wagons de voyageurs devront être placés immédiatement dans les gares de la capitale et dans les principales stations de chaque ligne.

Tout chef de gare averti du transport d'un contagieux, le fera mettre avec les personnes qui l'accompagnent, dans un compartiment réservé. Dans les gares de passage, s'il ne se trouve pas de compartiment libre, et qu'on soit obligé de placer le malade et sa suite dans un compartiment déjà occupé, les voyageurs qui s'y trouveront seront prévenus du danger, afin qu'ils puissent changer de wagon s'ils le désirent.

Lorsqu'une personne atteinte de diphtérie *ou d'une autre maladie contagieuse* quittera son compartiment, celui-ci sera aussitôt fermé par le chef de train qui fera garer la voiture dès que ce sera possible, pour l'envoyer dans un centre de désinfection.

La sérumthérapie a, comme on le voit, rendu, sans s'en douter, un nouveau service à l'hygiène en provoquant l'adoption d'une mesure que nous réclamions vainement depuis bien des années. La transmission des maladies contagieuses par les voitures publiques et par les trains de chemins de fer a fixé à diverses reprises l'attention des sociétés savantes. Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a signalé plus d'une fois le danger au préfet de police. La Société française d'hygiène, s'en est également émue et j'ai consacré moi-même un article à la question dans une de mes revues d'hygiène de l'an dernier (2).

(1) Voyez le projet de loi sur la pharmacie. *Union médicele*, n° 65, p. 779.
(2) *Union médicale* du 28 novembre 1893, n° 62, p. 741.

A cette époque, nous avions surtout en vue de prévenir la transmission de la phtisie par les crachats des tuberculeux. On ne se doutait pas alors qu'il adviendrait un moment où on aurait intérêt à faire voyager les diphtériques. Ce danger ne s'est manifesté que lorsque la découverte de M. Roux a été connue. Le ministre des travaux publics en a été informé par M. Paul Hayez, député de Douai, dans une lettre récente dont M. Joltrain a reproles principaux passages dans le numéro du *Journal d'hygiène* du 22 novembre dernier. C'est vraisemblablement après avoir reçu cette lettre que le ministre a pris l'excellente mesure à laquelle nous avons applaudi plus haut.

— Chaque année, les premiers froids ramènent la question du chauffage des voitures de place. Elle a soulevé un incident il y a quelques jours au Conseil municipal, M.Quentin-Bauchard a interpellé M. le secrétaire général de la préfecture de police sur ce sujet (1). Il nous intéresse directement puisque ce sont les hygiénistes qui sont la cause involontaire de l'absence de chauffage dont se plaint le public.

Il y a une quinzaine d'années, l'usage se répandit de se servir, pour les chauffrettes des voitures, d'un combustible particulier désigné sous le nom de *charbon de Paris.* Nous en avons indiqué la composition et les dangers dans un article sur les intoxications par l'oxyde de carbone qui a paru dans le numéro du 30 janvier 1894 (2). On ne tarda pas à constater des faits d'intoxication par ce gaz chez des cochers et des voyageurs. A trois reprises l'attention du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine fut appelée sur ces accidents par le préfet de police et par trois fois, sur des rapports de M. A. Gautier, en 1882, 1885 et 1889, elle se prononça contre l'emploi de ces briquettes coniques. Le 5 décembre 1889 intervint une ordonnance de police qui défendait de les employer, à moins que les chauffrettes ne fussent disposées de façon à diriger au dehors le gaz de la combustion.

Les grandes Compagnies, pour se conformer à la défense du préfet, sans bourse délier, cessèrent de chauffer leurs voitures. C'était au commencement de l'épidémie de grippe de 1889, le froid était très vif et des réclamations s'élevaient de toutes parts contre la mesure prise par le Préfet. Il se montra plus humain et plus sage que les loueurs de voitures et suspendit l'exécution de son ordonnance, pendant la durée de l'épidémie. Depuis lors il ne l'avait pas fait revivre ; mais cette année, supposant sans doute que les directeurs des Compagnies avaient eu le temps, depuis cinq ans, de modifier leurs chaufferettes dans le sens des ordonnances, il les a prévenus qu'il les ferait rigoureusement appliquer désormais.

Les loueurs de voitures ont fait comme en 1889 et ils ont tout simplement supprimé le chauffage. C'est alors que le secrétaire général de la préfecture de police a été interpellé au Conseil municipal et qu'il a expliqué la situation. Il y a lieu d'espérer que l'opposition des loueurs de voitures aura un terme. M. Laurent en a eu l'assurance de la part du représentant d'une des grandes compagnies. La Chambre syndicale des loueurs de voitures s'est réunie le 3 décembre pour s'en occuper. Elle a choisi cinq systèmes qui vont être mis concurremment à l'essai et très prochainement elle appliquera sur toutes ses voitures celui qui sera jugé le meilleur. En

(1) *Bulletin municipal officiel* du 1er décembre 1894, p. 2,810.

(2) *Union médicale.* t. LVII, p. 134, n° 12.

attendant, les loueurs profiteront de la tolérance que la préfecture de police veut bien prolonger encore, pour se servir de leurs anciennes briquettes et les voyageurs feront bien d'ouvrir de temps en temps la portière.

— Nous avons parlé à plusieurs reprises(1) du danger que présentent les tueries particulières qui ne sont soumises à aucune inspection, où on abat des bêtes malsaines et d'où sortent des viandes dangereuses. Le Conseil d'hygiène et de salubrité a plusieurs fois exprimé le vœu que la Cour de cassation et le Conseil d'Etat revinssent sur des décisions qui consacrent la légitimité de cette fraude si préjudiciable à la santé publique. Le décret du 24 mars 1894 nous a donné satisfaction. Il autorise les préfets à établir des abattoirs municipaux communs, avec le consentement des maires et un périmètre rigoureusement tracé. Or, comme l'ordonnance royale du 15 avril 1838 stipule par son article 2, que la mise en activité d'un abattoir public et communal entraîne de plein droit la suppression des tueries particulières, il dépendra désormais des préfets et des maires de les faire disparaître.

La Société générale des abattoirs municipaux de Paris, s'appuyant sur ce décret, a demandé au préfet de police l'autorisation de construire au *clos Montholon*, un abattoir inter-communal, pour les communes de Vanves et de Malakof. La demande a été soumise au Conseil d'hygiène à la séance du 27 novembre et le Conseil a adopté les conclusions du rapport de M. Nocard en faveur de l'autorisation.

Jules Rochard.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

On connaît la thérapeutique suivie, à l'heure qu'il est, pour le traitement des *kistes synoviaux* si fréquents au niveau du poignet et auxquels on donne souvent le nom de *ganglions*. C'est par une opération sanglante, par l'extirpation de la poche que presque tous les chirurgiens guérissent aujourd'hui les malades atteints de cette affection. Mais, il faut l'avouer, c'est une véritable intervention nécessitant un temps assez long à cause de la finesse de la dissection, une anesthésie locale et laissant à sa suite une cicatrice, petite il est vrai ; mais toujours visible.

M. le professeur Simon Duplay, frappé de tous ces inconvénients, vient de nous faire connaître, dans le dernier numéro des *Archives générales de médecine*, un nouveau procédé d'une exécution simple et facile, qui lui a paru exempt de tout danger et qui, pour me servir de ses propres termes, ne lui a fourni que des succès.

Son procédé consiste dans l injection de quelques gouttes de teinture d'iode dans la cavité kystique. La peau de la région doit être lavée et désinfectée comme pour une intervention sanglante et l'injection faite à l'aide d'une seringue de Pravaz, ordinaire, munie d'une aiguille de moyen calibre, le tout, bien entendu, absolument antiseptique.

La ponction doit être pratiquée sur la partie la plus saillante du kyste, après que le chirurgien aura pris la précaution de tirer la peau pour que l'aiguille une fois enlevée le parallélisme entre la piqûre de la pouri et celle du tégument se trouve nétruit.

La poche n'est pas préalablement vidée. Les cinq à dix gouttes de teinture

(1) *Union medicale* du 23 mars 1893, p. 110. Suppression des tueries particulières.

d'iode sont donc poussés lentement et même quelquefois avec une petite difficulté, dans le kyste tendu. L'aiguille retirée, il n'est pas rare de voir suindre un peu de liquide par la piqûre. Il n'y a pas besoin de s'en occuper. Une légère compression avec de l'ouate sera appliquée sur la jointure. Elle aura aussi pour effet d'immobiliser l'article.

Comme on le voit, rien de plus simple que le procédé du professeur Duplay, qui a guéri ainsi des ganglions, en cinq ou six jours, avec une seule injection. On est cependant quelquefois obligé d'en pratiquer une seconde, quand il s'agit de kistes volumineux ou bien quand à la levée du premier appareil on ne trouve pas le kyste considérablement diminué de volume.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'a pas encore observé de récidives, et on sait combien elles sont fréquentes à la suite de l'écrasement simple, après la discision suivie d'écrasement, et même quand on a enlevé la petite tumeur avec le bistouri. M. Duplay a même eu l'occasion de guérir par l'injection de teinture d'iode des ganglions opérés par l'extirpation et récidivés.

On s'occupe beaucoup depuis quelque temps des différents anesthésiques tant généraux que locaux, et tout dernièrement encore nous répétions combien l'éther devenait en vogue dans quelques services parisiens. C'est une affaire de mode qui passera, suivant toutes probabilités, à cause des avantages incontestables du chloroforme. Il n'en est pas moins vrai que les cas de morts sont malheureusement trop fréquents et que les chirurgiens cherchent tous les moyens de diminuer les dangers de cet anesthésique.

Rorenberg vient d'entrer dans cette voie en cherchant à allier les avantages de la cocaïne à ceux du chloroforme. Il est parti de cette idée que l'excitation périphérique du trijumeau sur la muqueuse nasale, se réfléchit sur le pneumo-gastrique et sur la moelle allongée, et qu'en supprimant cette excitation on éviterait des reflexes quelquefois mortels. Pour supprimer la sensibilité de la muqueuse nasale il s'adresse à la cocaïne et opère de la façon suivante. Il commence par anesthésier le nez au moyen du spray et d'une solution de cocaïne à 10 p. 100 : ce qui est la meilleure manière d'obtenir une anesthésie complète et étendue de la muqueuse. On administre ainsi 0 gr. 006 de cocaïne. Pour une longue opération, le spray doit être renouvelé toutes les trente minutes

Voici les avantages de la cocaïnisation, d'après Rorenberg :

1° Elle rend le début de l'anesthésie plus agréable, jamais il n'y a de mouvements de défense;

2° L'excitation fait défaut dans beaucoup de cas et se trouve réduite au minimum, notamment chez les alcooliques ;

3° Le vomissement pendant l'anesthésie est rare et, s'il se produit, il a lieu sans effort ;

4° Enfin la narcose n'est suivie d'aucun phénomène pénible ; on ne perçoit pas l'odeur du chloroforme ou de l'éther autour du patient ;

Rosenberg insiste de plus sur les points suivants :

1° La syncope cardiaque dans la chloroformisation est d'origine réflexe, lorsqu'elle ne tient pas à des doses excessives ;

2° Comme l'arrêt respiratoire elle est provoquée par l'excitation périphérique du trijumeau ;

3° Tout anesthésique inhalé provoque les mêmes réflexes que le chloroforme ;

4° La cocaïne supprime sûrement ces réflexes du nez ;

5° On supprime ainsi une grande partie des dangers du chloroforme :

6° La cocaïne diminue encore en partie le danger du chloroforme parce qu'elle est un antidote jusqu'à un certain point ;

7° Le chloroforme ainsi administré, doit être préféré à l'éther comme moins dangereux.

Nous ne pensons pas que ce procédé ait été encore employé en France. Les seuls reproches qu'on pourrait lui faire sont d'être une méthode compliquée, de nécessiter l'application du spray toutes les trente minutes et enfin, la cocaïne peut avoir des dangers par elle-même, et est-il bien établi qu'elle soit un antidote du chloroforme?

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Empoisonnement par l'exalgine. — Dilution des solutions employées dans les pulvérisateurs. — Action hypnotique du trional.

Dans un article sur les dangers de l'exalgine, le docteur Prévost (de Genève) a cité un cas d'empoisonnement qui aurait été publié par le *British Médical Journal* du 8 février 1890. La malade s'était rétablie rapidement. L'un des auteurs de cette observation, U. Layd Janes, professeur de physiologie à la Faculté de Leeds, consulté par le docteur Bardet, répondit à celui-ci qu'il n'admettrait jamais les conclusions de son collaborateur, M. Bakenham, et qu'il attribuait les accidents constaté à l'état de constipation de la malade. Ajoutons que celle-ci prenait par jour 1 gr. 20 d'exalgine.

Le docteur C. Ainslie Johnston a également publié dans le *British Medical Journal* un cas d'intoxication par l'exalgine prise à petite dose, en solution alcoolique. M. le docteur Bardet ayant voulu connaître l'opinion du pharmacologiste Fraser sur ce cas anormal, reçut la réponse suivante : « J'ai lu le cas de M. Johnston, du prétendu empoisonnement par l'exalgine et je pense qu'il ne doit pas être accepté sans examen, car il me paraît y avoir des erreurs manifestes dans la description du cas. Les symptômes ressemblent, en effet, plutôt à ceux de l'empoisonnement par le whisky que par l'exalgine. »

Plus sérieuse paraît l'observation rapportée par le docteur Buisson. Il s'agissait d'un malade auquel on avait administré, par erreur, 4 grammes d'exalgine en vingt-quatre heures. Il éprouva seulement des vertiges violents qui disparurent dans la nuit sans laisser de traces.

M. G. Weber a communiqué récemment à la Société de thérapeutique un quatrième cas d'empoisonnement. Il s'agissait d'une jeune femme qui a pu survivre à l'absorption de 16 grammes d'exalgine cristallisée.

L'analyse de cette observation fait ressortir les points suivants :

Il a fallu cinq quart d'heures au toxique pour produire ses premiers effets ;

Dix heures s'étant écoulées avant les premiers vomissements, il est probable, étant donnée la solubilité de l'exalgine dans le suc gastrique, que le poison a pénétré en grande partie dans la circulation ;

Les périodes de coma alternant avec des crises de convulsions épileptiformes rappellent les manifestations de l'urémie à forme mixte.

Si l'on ajoute à ces manifestations la cyanose généralisée qui, dans l'obervation de M. Weber, a toujours fait suite aux crises convulsives, on aura le tableau exact de l'empoisonnement par l'exalgine ;

La couleur du sang, profondément modifiée, est d'un brun sale (méthémoglobine) ;

A une anurie de vingt-deux heures a succédé l'émission d'une urine vert foncé ;

L'albuminurie résulterait, pour M. Weber, d'une hémorragie survenue dans l'appareil urinaire. En effet, l'albumine était accompagnée de nombreux globules sanguins qui ont diminué et disparu parallèlement à elle-même ;

L'amnésie, constatée au début de la convalescence, a été de courte durée et portait uniquement sur les circonstances de l'empoisonnement ;

Le traitement a été celui de l'urémie à forme mixte. La cyanose a été combattue avec succès par l'électrisation du phrénique.

M. Courtade a recherché le degré de dilution que subissent les solutions employées dans le pulvérisateur à vapeur. Quand il s'agit de pulvérisations employées dans le traitement des maladies de la gorge et du nez, il importe que le titre de la solution soit bien déterminé pour obtenir l'effet voulu. D'après les expériences de M. Courtade, si on représente par 200 grammes la quantité de solution médicamenteuse vaporisée, la quantité d'eau (contenue dans la chaudière de l'appareil) vaporisée sera seulement de 42 à 45 grammes, ou en chiffres ronds 50 grammes. La solution à l'état de vapeur présente donc un titre inférieur à celui de la solution primitive et n'est plus que des 2/3 de celle-ci.

— L'action hypnotique du trional a été étudiée par M. Voght, qui regarde ce médicament comme préférable au sulfanol. Il agit plus promptement et procure un sommeil calme et un réveil normal. On doit prendre, en se couchant, une dose unique de 1 gr. à 1 gr. 50, dissoute dans une boisson très chaude. Il faut arrêter la médication au bout de cinq à six jours afin d'éviter tout danger d'intoxication et avoir soin de combattre la constipation que cause souvent le trional.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 décembre. — Présidence de M. Ferrand

La discussion sur le traitement de l'appendicite et de la typhlite se termine enfin, pendant cette séance, après une communication de M. Rendu, qui résume clairement le débat. Tout d'abord, cependant, M. Huchard avait pris la parole et résumé ainsi son opinion sur la question : Les indications médicales et chirurgicales seraient faciles à résoudre si l'on pouvait toujours répondre à ces trois questions :

1° Y a-t-il typhlite ou appendicite pariétale ?

Dans ces deux cas le traitement médical suffit. Dans le premier, l'intervention chirurgicale doit être tardive, si elle se pose ; dans le second, elle est subordonnée aux rechutes qui peuvent se produire.

2° L'appendicite est-elle pariétale ou perforante ? Dans le second cas le traitement médical est plutôt nuisible parce qu'il fait perdre un temps précieux, et l'intervention chirurgicale s'impose d'emblée le plus souvent. Il ne faut pas oublier que l'appendicite perforante peut avoir une allure très insidieuse.

3° La pérityphlite ou la péri-appendicite est-elle suppurée ou non ? Dans l'affirmative le chirurgien doit intervenir hâtivement.

Après avoir fait ressortir la difficulté du diagnostic dans un grand nombre de cas, M. Huchard exprime l'opinion que, dans le doute, l'intervention chirurgicale doit être choisie. (Dans le doute, il ne faut pas s'abstenir.)

Pour M. Rendu, la grande, la seule difficulté, à proprement parler, est de juger s'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement et à quel moment il faut le faire.

Dans les cas d'appendicite à début sidérant, avec perforation et péritonite diffuse, il

ne faut pas opérer, du moins au début des accidents, au moment du choc péritonéal ; il serait dangereux d'y ajouter le choc opératoire et l'anesthésie chloroformique. Si, au bout de 12 à 15 heures les accidents persistent aussi graves, et qu'il soit démontré que l'on ait affaire non pas simplement à du péritonisme, mais à de la péritonite, il faut provoquer une opération immédiate, qui est d'ailleurs une chance bien faible de salut.

Ordinairement, le début est moins tragique et l'évolution des accidents moins rapide; à l'invasion des phénomènes péritonitiques peut même succéder une accalmie dangereuse, parce qu'elle peut illusionner la famille et même le médecin sur les risques que court le malade. Il faut alors exercer une surveillance rigoureuse, et être prêt à intervenir dès que la notion d'un abcès enkysté deviendra évidente.

Dans les appendicites à répétition, la résection de l'appendice est le meilleur parti à prendre.

Chez les adultes, la pérityphlite guérit dans l'immense majorité des cas sans intervention.

L'appendicite, surtout chez les enfants, est singulièrement plus grave, mais il est rare qu'elle tue d'emblée les malades par le premier choc qui suit la perforation. D'ordinaire, c'est dans les 5 ou 6 jours qui suivent, et après une détente des symptômes qui fait croire à un début de convalescence que surviennent les accidents auxquels succombent les malades.

Il faut donc commencer par faire le traitement médical, mais surveiller de près afin de recourir au bistouri dès qu'on a la certitude d'une collection purulente enkystée.

Après la communication de M Rendu, qui clot la discussion que M. Millard avait provoquée, M. MOIZARD prend la parole pour présenter en son nom et au nom de son interne, M. Perregaux, les résultats que leur ont donné les injections de sérum de Roux dans le traitement de la diphtérie à l'hôpital Trousseau.

Après avoir montré quel a été le rôle de M. Roux dans l'inauguration de la nouvelle méthode thérapeutique, après avoir décrit en détail l'organisation du service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, M. Moizard arrive aux chiffres.

Du 1er octobre au 30 novembre, 302 enfants sont entrés au pavillon des douteux. Tous ont reçu une injection de 20 c. c. de sérum dès leur entrée. Les cultures ont montré que 53 d'entre eux n'étaient pas diphtériques ; gardés plus ou moins longtemps au pavillon des douteux, aucun d'eux n'a pris la diphtérie. Les autres étaient envoyés au pavillon Bretonneau dès que la diphtérie était reconnue par les cultures.

249 enfants sont donc entrés au pavillon Bretonneau. Le 30 novembre, 28 enfants s'y trouvaient encore, mais 10 étaient complètement guéris et devaient quitter l'hôpital le lendemain ou le surlendemain ; ils sont compris dans la statistique de M. Moizard, qui, d'autre part, laisse en dehors les 18 enfants encore en traitement. Reste donc 231 enfants traités pendant les deux mois d'octobre et de novembre. Sur ces 231 malades 34 sont morts. Mortalité, 14,71 p. 100.

Ce chiffre est inférieur à celui indiqué par M. Roux dans sa communication (26 p. 100). M. Moizard attribue cette différence à la meilleure installation du service, qui a permis d'isoler non seulement les broncho-pneumonies, mais tous les enfants suspects de manifestations pulmonaires, et aussi à la rareté des complications thoraciques.

Parmi les 34 cas de mort sont comptés un enfant atteint de croup avec broncho-pneumonie, qui mourut trois heures après son entrée à l'hôpital ; 2 enfants morts pendant la trachéotomie ; 5 enfants entrés avec des broncho-pneumonies compliquant le croup ou l'angine, et morts moins de vingt-quatre heures après leur admission ; 1 enfant atteint d'angine hypertoxique et mort moins de vingt-quatre heures après son

arrivée dans les salles. Si on faisait abstraction de ces 9 cas, la mortalité serait réduite à 11,26 p. 100. On doit cependant compter ces 9 cas, afin que la statistique soit comparable à celle des années précédentes. Or, pendant les mois d'octobre et de novembre des cinq dernières années, la mortalité a toujours dépassé, à l'hôpital Trousseau, 50 p. 100.

Entrant dans quelques détails, M. Moizard donne la mortalité dans les différentes formes et localisations de la diphtérie.

Angines diphtériques pures, 44 cas, 2 décès, *mortalité* 4,54 p. 100. C'est la manifestation la plus bénigne de la diphtérie. Le traitement local, et en particulier la glycérine sublimée au 1/20e donnait des résultats aussi beaux.

Angines diphtériques associées avec staphylocoques ou streptocoques, 12 cas, 6 décès, mortalité 14,28 p. 100.

Croups simples 94 cas, 17 décès, mortalité 18,47 p. 100.

Croups associés 51 cas, 9 décès, mortalité 17,64 p. 100.

Trachéotomies 37 ; 7 étaient encore en traitement le 30 novembre ; sur les 30 autres, 12 décès, mortalité 40 p. 100. La mortalité des années précédentes à l'hôpital des Enfants était de 73,19 p. 100.

Sur les 12 morts, 7 appartiennent à des croups simples, et 5 à des croups associés.

18 *intubations*, 7 morts, mortalité 38,88 p. 100. Sur ces 18 intubations, 6 ont dû être suivies de trachéotomie et ont fourni 4 décès.

On a accusé la sérothérapie de produire de l'albuminurie (Œrtel, Rliter). M. Moizard pense qu'elle n'est pas plus fréquente chez les malades traités par les injections de sérum qu'elle ne l'était auparavant. Sur les 231 malades elle n'existait que 82 fois et 62 fois elle n'a duré que de un à quatre jours. Les lésions rénales, lorsqu'elles existent, sont dues à la toxine diphtérique et non à l'antitoxine.

Pour ce qui est du traitement local, M. Moizard pense qu'il est prudent de l'employer à titre d'adjuvant, et il se sert non plus de la glycérine sublimée au 1/20e avec laquelle 3 accidents mortels d'hydrargyrisme se sont produits à l'hôpital des Enfants, mais de la glycérine salicylée au 1/20e suivant la formule de M. Bergeron.

M. Moizard compare ensuite la trachéotomie et l'intubation. Les éloges que l'on a faits de cette dernière sont peut-être exagérés ; elle n'est applicable que dans certains cas où l'on pourra installer la même surveillance qu'à l'hôpital ; avec l'intubation, l'expulsion des fausses membranes se fait moins facilement, et il a été nécessaire de trachéotomiser des enfants antérieurement intubés.

Enfin, après avoir parlé des accidents imputables à la sérothérapie (phénomènes de réaction générale avec élévation thermique passagère ; manifestations cutanées ; érythème scarlatiniforme, urticaire, purpura, érythème polymorphe ; phénomènes généraux avec arthropathies), M. Moizard termine son intéressante communication par des considérations sur l'emploi du sérum à titre préventif. Il pense qu'un médecin est autorisé à pratiquer la vaccination préventive des personnes, enfants ou adultes, exposés à être en contact avec un malade atteint de diphtérie ; la valeur prophylactique du sérum est d'ailleurs démontrée non seulement par les expériences sur les animaux, mais aussi par plusieurs statistiques dont M. Moizard donne le détail.

Traitement local de la diphtérie

Depuis les vaccinations à l'aide du sérum antidiphtérique, le traitement local a été beaucoup discuté. M. Roux n'en était pas partisan, du moins en ce qui concerne le sublimé à cause des réactions possibles de ce corps avec le sérum. Toujours est-il qu'à l'heure qu'il est, beaucoup de médecins sont d'avis qu'il faut associer les deux traitements, applications locales et injections de sérum antidiphtérique, du moins dans les

diphtéries confirmées, c'est-à-dire au delà du deuxième jour. Aussi croyons-nous utile de donner ici le topique qu'emploie Lœffler :

Après des expériences nombreuses, Lœffler a adopté un mélange dont Strubing a rendu l'application moins douloureuse par l'addition du menthol. Voici sa composition :

Menthol.	10 parties
Toluol	30 —
Alcool	80 —
Perchlorure de fer liquide. . .	4 —

Le mode d'emploi nécessite quelques précautions. L'opérateur procédera aux applications avec un tampon d'ouate (Strubing). Celles-ci seront pratiquées d'une main légère pour être tolérables, et modérément pour éviter toute lésion de la muqueuse. On les répétera de trois en trois ou de quatre en quatre heures. Chaque séance sera prolongée pendant un temps variable en rapport avec l'étendue des fausses membranes et le nombre de leurs foyers.

COURRIER

—

Nos hôpitaux. — Dans son numéro du 10 novembre, et à propos de la sérothérapie de la diphtérie, le *British medical journal*, après avoir vanté la bonne disposition du Saint-Bartholomew's Hospital, ajoute la phrase suivante concernant nos hôpitaux Trousseaux et les Enfants-Malades : « Dans les hôpitaux français, on peut voir des cas de pneumonie et de scarlatine côte à côte avec des cas indubitables de diphtérie. »

Sans vouloir relever ce qu'il y a de faux dans une telle affirmation, nous accordons volontiers que nos hôpitaux d'enfants sont mal aménagés, défectueux, sales, etc. Et nous félicitons le *British Medical Journal* d'avoir vu la paille dans notre œil.

Mais, comment se fait-il qu'à Saint-Bartholomew's Hospital, l'hôpital idéal, où tout est préparé pour expérimenter la nouvelle méthode thérapeutique, où « les facteurs qui peuvent entraver ou altérer les résultats ont été soigneusement écartés, » comment se fait-il que, sur neuf cas de diphtérie soignés par M. Gee avec le sérum d'Aronson, on n'ait pratiqué qu'une seule fois l'examen bactériologique ?

Est-ce de cette façon que l'on compte, en Angleterre, fournir des statistiques sérieuses, et ayant quelque valeur? Est-ce de cette façon que l'on évite à coup sûr de placer un enfant atteint de diphtérie dans une salle de malades non contagieux ou dans un pavillon de rougeole ou de scarlatine?

Dans nos vieux hôpitaux, défectueux et sales, on fait de meilleure besogne.

Faculte de médecine de Lyon — La chaire de pathologie externe de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bezançon (Fernand) est nommé chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Pitié.

Académie des sciences morales et politiques. Prix Audiffred décerné au docteur Roux. — Voici dans quels termes M. Dareste, président de l'Académie, a justifié la décision qui accorde exceptionnellement un prix de 12,000 francs à notre confrère le docteur Roux :

« Le généreux fondateur du prix qui vient d'être décerné, M. Joseph Audiffred, n'est plus, mais le sentiment qui l'avait inspiré ne s'est pas éteint avec lui. Sa veuve a pensé que, pour accomplir les intentions de son mari, il restait encore quelque chose à faire

et elle a donné à notre Académie la somme nécessaire pour créer un prix annuel de de 15,000 francs, destiné à récompenser les grands dévouements. Il y a quelques jours à peine que l'Académie a été autorisée à accepter cette magnifique donation, et presque au même instant, elle en a trouvé l'emploi. Est-il, en effet, un plus beau dévouement que celui des hommes qui ont entrepris de mettre la vie humaine à l'abri des fléaux les plus terribles ? Un des élèves de l'illustre Pasteur, marchant sur les traces de son vénéré maître, est enfin parvenu, après de longues et pénibles récherches, à découvrir le remède de la diphtérie. Pour remporter sur la mort cette nouvelle victoire, combien n'a-t-il pas fallu de courage et d'abnégation, quel mépris du danger, quel foi dans la science ! et comment récompenser un pareil service ? A vrai dire, la plus précieuse de toutes les récompenses est la satisfaction de la conscience, elle est dans cette voix qui dit à l'homme : « Tu n'as pas travaillé en vain, tu as bien mérité de tes semblables. » Mais si la vertu ne demande pas d'autre salaire, nous autres qui recevons ses bienfaits, nous ne sommes pas quittes envers elle. En décernant à M. Roux le prix de 12,000 francs, c'est-à dire la somme entière dont elle peut déjà disposer sur la donation Audiffred, l'Académie n'ajoute rien ni au bonheur ni à la gloire de celui qu'elle couronne. Elle s'honore elle-même, et se félicite de servir en ce moment d'interprète à la reconnaissance du monde entier. »

Le sérum antidipthérique à Bordeaux. — M. le docteur Lande, adjoint au maire de Bordeaux, vient d'adresser à tous les médecins de cette ville la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de vous informer qu'à dater de ce jour il est établi dans tous les commissariats de police un dépôt de tubes de sérum pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie.

Ces appareils vous seront délivrés, soit sur une demande verbale personnelle, soit sur une lettre tenant lieu de récépissé.

Les tubes de sérum, contenus dans un petit nécessaire, sont accompagnés de toutes les instructions qui peuvent vous être utiles.

L'Administration municipale sera heureuse de mettre bientôt à votre disposition du sérum antidiphtérique. »

Le Conseil général d'Alger a voté, à l'unanimité, une somme de 2,000 francs affectée à l'institut antidiphtérique qui fonctionnera dans le local de l'institut antirabique.

Cette somme votée permettra de faire l'achat de deux chevaux et de payer les frais de leur entretien.

En outre, la Commission départementale est autorisée à ouvrir de plus larges crédits, s'il est nécessaire.

— La matinée, organisée vendredi dernier au théâtre de l'Odéon par l'Association des étudiants au profit de l'œuvre du vaccin diphtérique, a donné une recette de 95,00 francs. Les frais ne dépasseront pas 1,000 francs. C'est donc une somme de 8,000 francs que l'Association remettra au docteur Roux, à l'Institut Pasteur.

Gratuité de l'externat dans les lycées pour les enfants des médecins de ces lycées. — Nous avons déjà parlé de cette question dans un de nos derniers numéros.

Le groupe médical parlementaire, sous la présidence de M. Labbé, a exprimé le vœu suivant :

1° Que les médecins titulaires et les médecins ajoints de tous les lycées et collèges soient considérés comme des fonctionnaires de l'Université ;

2° Qu'à ce titre, ils soient, au point de vue de la rétribution scolaire de leurs enfants, assimilés aux professeurs et par suite, complètement exonérés de la rétribution d'externat.

Le ministre de l'Instruction publique auquel ce vœu a été présenté par MM. Léon

Labbé, Cornil, Lannelongue et Pédebibou, a répondu que personnellement il ne peut rien pour les plaignants, toutefois, il ne s'opposera pas à la prise en considération d'un amendement au budget de l'instruction publique, portant inscription d'un crédit pour l'exonération de la rétribution d'externat en faveur des enfants des médecins adjoints des lycées.

— Un certain nombre d'aspirantes élèves sages-femmes ont formé des demandes à l'effet d'obtenir l'autorisation de se faire inscrire, soit dans des Maternités, soit dans des Facultés ou Ecoles de médecine avant l'âge de dix-neuf ans, fixé par le décret du 14 février 1894.

Toutes ces demandes ont reçu une solution négative. Ces décisions sont motivées par ce fait qu'en limitant à dix-neuf ans l'âge auquel les élèves peuvent commencer des études dont la durée est de deux années, le Conseil d'Etat a voulu faire coïncider la fin de ces études avec l'âge de la majorité des postulantes, estimant qu'il doit être interdit d'exercer la profession de sage-femme avant d'être majeure.

Cependant, plusieurs aspirantes ont été admises, cette année, à concourir avant dix-neuf ans, pour l'obtention de bourses dans les Maternités, et ont réussi à ces concours.

Toutes les Maternités n'étant pas encore organisées pour donner l'enseignement tel qu'il est prévu par le décret du 25 juillet 1893, et ces établissements ressortissant au département de l'Intérieur, le décret du 14 février 1894 peut n'être pas encore appliqué aux aspirantes dont il s'agit, pour l'entrée dans ces établissements, mais il est entendu que si elles entrent à la Maternité avant l'âge légal, leur scolarité régulière ne commencera que du jour où elles auront dix-neuf ans.

Brosse à dent et typhlite. — Sous ce titre suggestif, le *Journal of the British Dental Association* publie une note pour attirer l'attention sur les inconvénients des brosses à dents à bon marché. Leurs soies se détachent aisément, et cela peut être cause d'accidents redoutables. Les inconvénients visés par le journal ne sont pas l'immobilisation des soies entre deux dents, ni même leur pénétration dans le larynx et le pharynx, pourtant déjà bien désagréable. Voici un écho chirurgical venu de New-York, qui fera réfléchir les gens soucieux de leur santé : un chirurgien américain dut opérer un malade pour une typhlite ; il ne fut pas peu surpris de trouver, comme cause de l'inflammation, une soie de brosse à dents qui s'était arrêtée dans l'appendice vermiforme.

Achetez donc des brosses à dents dont les soies sont solidement fixées par un fil d'archal et non celles dont les soies ne sont maintenues que par de la colle.

(*Bulletin médical.*)

Vaccinations anticholériques aux Indes. — Nous lisons dans la *Médecine moderne*, d'après le *British medical* (1er décembre 1884), d'intéressants renseignements que ce journal vient de recevoir sur les vaccinations anticholériques aux Indes.

Depuis son arrivée aux Indes, grâce à l'aide du professeur Hankin, Haffkine a pu préparer son liquide vaccinal. Il a déjà parcouru plusieurs contrées de l'Inde et pratiqué de nombreuses inoculations. Les officiers anglais s'y sont prêtés avec empressement et ont entraîné leurs soldats.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Jaccoud : Sur un cas de fièvre typhoïde. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine ; Société de biologie. — III. Courrier.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud

Sur un cas de fièvre typhoïde

Messieurs,

Nous avons en ce moment, dans nos salles, un jeune homme convalescent d'une fièvre typhoïde qui a été très bénigne et a suivi une marche régulière. Vous allez voir cependant que l'étude de ce cas de dothiénenthérie, si simple qu'il est, peut nous fournir de précieux enseignements.

Notre homme est entré à l'hôpital le 7 novembre, le 9e jour de sa maladie. Il présentait quelques taches rosées, la rate était un peu grosse, le catarrhe bronchique léger, enfin il n'y avait pas de troubles cérébraux. Le facies n'avait rien de typhoïde.

Le début de la maladie a échappé à notre observation. Ce début est cependant souvent intéressant à étudier ; car, suivant qu'il revêt telle ou telle physionomie, on peut commettre telle ou telle erreur de diagnostic.

La période prodromique ou préfébrile de la dothiénenthérie est celle pendant laquelle il y a déjà des malaises sans que cependant la fièvre ait pris son allure continue caractéristique. D'après les renseignements que nous fournit notre malade, il a souffert pendant une dizaine de jours avant de s'aliter d'un embarras gastrique continuel. Il avait de l'anorexie, de la lassitude, de la céphalalgie, quelques douleurs lombaires. Cette forme des prodromes a une fréquence moyenne.

Plus souvent, il est impossible, pendant la période prodromique, de localiser les troubles morbides. Il y a de la céphalalgie, de la somnolence, parfois quelques épistaxis ; puis, au bout de quelque temps, le malade est forcé de s'arrêter.

Lorsque les prodromes sont constitués par du catarrhe gastrique, on peut, en pratique, croire à un embarras gastrique simple. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que, si le médecin intervient au bout de deux ou trois jours, par un éméto-catarthique, cette thérapeutique améliore beaucoup l'état du patient et que cette amélioration peut se prolonger vingt-quatre ou quarante-huit heures. Si donc cette amélioration fait annoncer que la maladie est terminée, vous voyez quelle formidable erreur de pronostic est commise. On doit se défier de la dothiénenthérie si la dépression des forces est très accentuée, la céphalalgie très intense, si quelques gouttes de sang ont été rendues par les narines. Il va sans dire que l'épistaxis vraie a toujours la grande valeur diagnostique que vous lui connaissez tous.

Il est une troisième série de cas dans laquelle la période prodromique est constituée par des accès fébriles intermittents. Pendant la journée, il y a de la fièvre durant quelques heures, puis elle manque le reste du temps. L'accès n'est pas suivi d'une euphasie parfaite comme dans la fièvre intermittente légitime, il n'est pas précédé de grands frissons, la température ne

s'élève pas très haut car il est rare qu'elle atteigne 39° ; enfin les sueurs ne sont pas abondantes. Les accès se produisent pendant quatre, cinq ou six jours, puis la fièvre revient continue et la dothiénenthérie s'accuse par les symptômes habituels. L'erreur de diagnostic, dans les cas de ce genre, conduit à donner du sulfate de quinine, médicament qui, à cette période de la fièvre typhoïde, est inutile ou même dangereux.

Enfin, rappelez-vous que les prodromes peuvent manquer totalement, et que le premier jour de malaise est alors le premier jour du cycle symptomatique de la dothiénenthérie.

Lorsque notre jeune homme est entré à l'hôpital, le 9e jour de sa fièvre, je vous l'ai dit, sa température n'était que de 38°8. Ce chiffre ne nous permet pas de présumer quelle a été la température pendant le premier septennaire. En effet, au 7e jour, il n'est pas rare qu'il y ait une modification subite dans les allures thermiques de la dothiénenthérie.

Pendant les premiers temps de son séjour dans nop salles, le malade a continué de présenter un symptôme qui l'avait beaucoup tourmenté les jours précédents. En effet, il vomissait dès qu'il avait mangé quelque chose. Or, messieurs, ces vomissements sont étrangers à la symptomatologie régulière de la fièvre typhoïde. Ils se produisent dans deux circonstances : quand les prodromes consistent dans de l'embarras gastrique; quand pendant les premiers jours du premier septennaire — et c'est là une anomalie inquiétante — la température monte brusquement et non progressivement. Chez un malade dont les prodromes n'ont pas revêtu la forme gastrique, s'il y a eu des vomissements au début de la période fébrile, on peut affirmer que la température a monté brusquement.

Chez notre malade, les symptômes cérébraux ont manqué complètement. La céphalalgie a disparu le 8e jour; cette disparition est la règle et le mal de tête ne persiste, pendant le second septennaire, que lorsqu'il y a des accidents cérébraux d'une grande violence.

Pendant la période d'état, la diarrhée a manqué. Ce n'est pas là, du reste, une anomalie. L'existence ou l'absence de la diarrhée n'ont pas de rapport avec le plus ou moins de gravité des cas.

Bien que la fièvre typhoïde de notre malade ait été remarquablement bénigne, il a présenté à la fin du deuxième septennaire un phénomène thermique très important. Il nous a offert un type de ce que Wunderlich et moi avons appelé le stade amphibole. On entend maintenant sous ce nom un stade plus ou moins long, durant lequel la température, au lieu de présenter dans ses ascensions et ses rémissions la marche qui convient à la période de la maladie, offre des irrégularités quotidiennes ou biquotidiennes. Le stade amphibole se montre au milieu ou à la fin de la période d'état et peut durer de trois à huit jours. Dans les cas graves, l'état du malade devient toujours inquiétant lorsque la température prend cette marche particulière. D'autre part, au moment où se produit le premier abaissement thermique notable, le médecin non prévenu peut croire au début de la défervescence. Il faut retenir que, pendant le stade amphibole, la température du soir peut atteindre et même dépasser le maximum déjà présenté antérieurement.

Dans les fièvres typhoïdes graves, ce n'est souvent que lorsque le stade amphibole apparaît, que les allures de la maladie deviennent graves, que les complications se montrent. C'est donc souvent un signe fâcheux.

Chez notre malade, la dothiénenthérie était bénigne, et cependant la

température a présenté les irrégularités caractéristiques. Wunderlich, et le fait actuel démontre une fois de plus qu'il se trompait, croyait cependant que le stade amphibole n'existait que dans des cas graves.

Pendant la première moitié de la période de déclin de la fièvre typhoïde, il se produit souvent une particularité qu'il faut bien connaître : c'est une intermittence terminale que l'on peut rapprocher de l'intermittence initiale dont je vous ai parlé. Il n'y a pas de fièvre le matin, tandis que le soir la température atteint 38,5 ou 39°. Si on croit devoir devant les allures intermittentes de la fièvre donner le sulfate de quinine, il n'y change rien, et, du reste, un médicament aussi actif est plutôt nuisible à la fin de la dothiénenthérie. Cette anomalie dans la marche de la température peut n'exister qu'un ou deux jours ou se prolonger pendant toute la période de déclin. Elle n'est pas très rare, car sur 224 cas de fièvre typhoïde recueillis par moi, elle avait existé 64 fois.

Enfin, je vous rappelerai, en finissant, que l'intermittence terminale peut revêtir le type dit inverse, la fièvre se montrant le matin, tandis que, le soir, le malade est apyrétique. C'est là un phénomène très rare, qu'il me suffira de vous signaler afin que vous évitiez de croire, quand vous le constaterez, à l'existence du paludisme.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Présidence de M. Rochard — Séance annuelle

L'Académie a tenu, mardi dernier, sa séance annuelle. C'est son président, M. Rochard, qui a pris la parole et prononcé un discours dont nous extrayons les principaux passages :

« Mesdames, Messieurs,

« Une tradition presqu'aussi vieille que l'Académie fait un devoir à son président de lui rendre compte, à la fin de son exercice, des travaux accomplis par elle, des communications qu'elle a reçues et des discussions auxquelles elle s'est livrée, pendant l'année qui vient de s'écouler.

« Ce compte rendu, le président le fait d'habitude en descendant du fauteuil et en cédant la place à son successeur ; mais le bureau a depuis longtemps reconnu qu'il y aurait avantage à procéder autrement et à choisir, pour cette exposition, la séance solennelle de l'Académie, le jour où elle ouvre ses portes à un public d'élite qui s'intéresse à ces travaux et ne peut qu'éprouver du plaisir à en entendre l'analyse.

« Mes prédécesseurs ont, pour la plupart, exprimé cette opinion et le professeur Laboulbène, auquel j'ai eu l'honneur de succéder, a manifesté le regret de n'avoir pas pu s'y conformer. Le temps lui a fait défaut pour cela dans le cours de la séance solennelle qu'il a présidée, et d'ailleurs, ce compte rendu, nécessairement aride, aurait paru un peu pâle, quelque talent qu'il y apportât, après l'éloge d'Ulysse Trélat par M. Alphonse Guérin, éloge dont la lecture avait si vivement impressionné l'auditoire. »

L'orateur commence ensuite l'exposé des principaux travaux accomplis dans l'année ; nous citerons *in extenso* le passage suivant qui a trait à l'historique de la sérumthérapie antidiphtérique.

« Avant de quitter le terrain des maladies contagieuses, il me reste à vous parler de

la découverte dont l'une d'elles a été récemment l'objet et dont le monde entier s'est ému. L'Académie, comme bien vous le pensez, n'y est pas demeurée étrangère. Dès le 8 octobre, elle avait été consultée par le ministre de l'intérieur qui désirait connaître son opinion sur la valeur de la *sérumthérapie*, avant de répondre aux demandes de vaccin antidiphtérique qui lui arrivaient des départements.

« L'Académie nomma, séance tenante, une commission composée de MM. Bergeron, président ; Cadet de Gassicourt, Proust et Straus. Ce dernier fut désigné comme rapporteur. A la séance suivante, il fit à l'Académie un compte rendu très précis et très complet des expériences et des faits sur lesquels se basait le nouveau mode de traitement. Comme conclusion, il proposait à l'Académie d'émettre un avis favorable sur l'emploi du sérum antidiphtérique et d'exprimer le vœu que l'Institut Pasteur fût mis en mesure de faire face à toutes les demandes de sérum qui pourraient lui être adressées.

« L'autorité de M. Straus était d'un grand poids pour l'Académie. Elève de M. Pasteur, l'un des compagnons de M. Roux dans ses pérégrinations périlleuses à la recherche du bacille virgule en Egypte comme à Toulon, devenu depuis professeur de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de Paris, il était plus que personne en position d'émettre un avis compétent sur la découverte nouvelle. Il l'a fait avec une réserve parfaite sans trop engager l'avenir et en rendant justice à Behring, ainsi que M. Roux l'avait fait le premier à Budapest, le jour de sa communication, et ainsi qu'il n'a cessé de le faire depuis avec une parfaite loyauté. Ce désintéressement est éminemment français, et sied bien au véritable savant. Il ne faut cependant pas le pousser trop loin, et il convient de laisser à chacun sa part. Vous me permettrez donc de revenir sur cet historique, bien que M. le secrétaire annuel l'ait abordé déjà ; parce qu'il n'en a dit que ce qui était rigoureusement nécessaire pour justifier la décision prise par l'Académie à l'égard du prix Saint-Paul, et parce que la question a trop d'importance pour qu'il n'y ait pas intérêt à la traiter à fond, dans un compte rendu comme celui que j'ai l'honneur de vous faire.

« C'est en 1883 que le bacille diphtérique est décrit pour la première ; Klebs l'avait découvert en étudiant les fausses membranes ; l'année suivante Lœffler indique le moyen pratique d'isoler le bacille des autres microbes au milieu desquels ils se trouve ; il parvient à développer des fausses membranes chez les animaux auxquels il inocule des cultures pures du bacille ; mais il ne réussit pas à reproduire les paralysies diphtéritiques ; il reconnaît loyalement que de nouvelles recherches sont nécessaires pour affirmer la spécificité du bacille.

« Le premier mémoire de Roux et Yersin comble cette lacune : il montre, en effet, que le bacille ne se se rencontre jamais que dans les fausses membranes ; qu'il n'envahit jamais le sang ni les organes ; qu'enfin l'intoxication diphtérique et les lésions qu'elle entraîne sont dues uniquement à l'action des matières sécrétées par les bacilles des fausses membranes et absorbées par la muqueuse dénudée à leur niveau.

« Dans un deuxième mémoire (1889), Roux et Yersin prouvent que les cultures du bacille diphtéritique filtrées sur porcelaine donnent en liquide éminemment toxique dont l'inoculation, à très petites doses, reproduit tous les symptômes de l'intoxication diphtéritique, y compris les paralysies chez les animaux qui guérissent et toutes les lésions des parenchymes qu'on observe à la suite de l'inoculation du bacille ; ils indiquent enfin les moyens d'obtenir rapidement de grandes quantités de *toxine diphtérique* et prouvent qu'il s'agit d'un poison très différent des ptomaïnes et des alcaloïdes connus jusqu'alors, poison violent et fragile, que la chaleur détruit aisément, très analogue aux diastases.

« Les beaux travaux de Roux et Yersin eurent un grand retentissement ; ils furent le

point de départ des recherches qui aboutirent à la découverte des toxines du tétanos, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, du choléra, etc.. On peut dire qu'ils furent le plus puissant stimulant pour les nombreux savants qui étudiaient la diphtérie. Bientôt, en effet, Carl Frænkel réussissait à vacciner des lapins contre l'inoculation toujours mortelle du bacille diphtérique; enfin Behring et Kitasato annonçaient que le sérum des animaux vaccinés contre les poisons tétanique et diphtérique possède un pouvoir antitoxique intense. Si on l'ajoute à la toxine, on peut inoculer le mélange impunément; — injecté préventivement, le sérum vaccine contre les effets d'une dose mortelle de culture ou de toxine ; — même après l'inoculation de la culture ou de la toxine, l'injection de sérum peut en enrayer les effets. — Les principes de la sérothérapie étaient trouvés.

« Après avoir contrôlé et vérifié la découverte de Behring, Roux s'efforça d'établir dans quelles limites on pourrait l'appliquer au traitement de la diphtérie de l'homme. Dans une première série de recherches faites avec la collaboration de M. Martin, il reprit l'étude bactériologique de toutes les formes cliniques de la diphtérie ; il reconnut la haute gravité de l'association du bacille avec le streptocoque ; il réussit à reproduire chez les animaux les diverses formes cliniques de la maladie, et s'assura, par un grand nombre d'expériences, que sous toutes ses formes, la maladie est heureusement modifiée par l'injection du sérum antitoxique.

« Avant d'appliquer aux enfants le nouveau traitement, il fallait encore déterminer les conditions de la production d'un sérum inoffensif pour l'enfant, aussi actif et aussi abondant que possible ; une longue série de recherches, faites avec l'aide de notre collègue M. Nocard, permit d'établir que le cheval est l'animal auquel on doit s'adresser de préférence à tout autre pour la production du sérum antidiphtérique ; la vache est d'une sensibilité extrême au poison diphtérique, elle succombe souvent au cours de l'immunisation ; de plus, on sait que le sérum de la vache, même d'une vache saine, est toxique à petite dose pour les petits animaux ; on ne pouvait donc pas l'essayer chez l'enfant. Le sérum du mouton et celui de la chèvre sont moins toxiques ; mais les chèvres et les moutons immunisés contre la diphtérie finissent presque tous par mourir cachectiques, même alors que depuis longtemps leur sérum possède un pouvoir antitoxique élevé. Le cheval est, en général, peu sensible au poison diphtérique ; on peut l'immuniser aisément ; il peut fournir de grandes quantités de sérum pur, et ce sérum, inoffensif pour les animaux, l'est aussi pour l'homme, même injecté à hautes doses ; les tentatives de traitement du tétanos l'ont démontré surabondamment.

« Ainsi puissamment armé, Roux était en mesure d'aborder utilement le traitement de la diphtérie humaine. C'est au mois de février de cette année qu'il commença, à l'hôpital des Enfants, les expériences décisives dont il a rendu compte au Congrès international de Budapest, le 2 septembre. Sur les 448 enfants traités, en six mois il n'y avait eu que 109 décès, soit 24 p. 100, tandis que, dans les trois années précédentes, la mortalité avait été, dans ce même service, de 51,71 p. 100; pendant que M. Roux poursuivait ses expériences à l'hôpital des Enfants, à Trousseau les petits malades atteints de diphtérie mouraient dans les proportions de 63,20 p. 100.

« La méthode nouvelle avait donc, du premier coup et à une époque de tâtonnements inévitables, diminué de plus de moitié la mortalité par la diphtérie. Deux mois se sont écoulés depuis le Congrès de Budapest, et le succès des inoculations antidiphtériques n'a fait que s'accroître, ainsi que nous l'a montré notre secrétaire annuel, et l'enthousiasme excité par la découverte ne s'est pas refroidi.

« Tous les médecins ont pu constater l'innocuité et l'efficacité de ces injections. On entrevoit même la possibilité d'en faire un véritable agent de prophylaxie, en les pra-

tiquant, comme moyen préventif, au cours des épidémies, dans les familles nombreuses où l'étroitesse du logement ne permet pas d'isoler les enfants, lorsque l'un d'eux est frappé de diphtérie. La médecine, en un mot, se flatte d'avoir trouvé les moyens d'enrayer les progrès de cette diphtérie, la terreur des familles et l'effroi des mères, de cet odieux fléau qui s'attaque à l'enfance et qui constitue aujourd'hui l'une des causes les plus actives de notre dépopulation.

« Je vous demande pardon de m'être attardé sur cette question qui a occupé pendant très peu de temps l'Académie, parce qu'aucune dicussion n'a été soulevée par le rapport de M. Straus, et que ses conclusions ont été adoptées à l'unanimité. L'importance d'une découverte ne se mesure pas à la longueur des discours qu'elle provoque, et celle-là valait la peine que je m'y arrêtasse quelque temps. Le bruit qui s'est fait autour d'elle, l'enthousiasme qu'elle excite dans l'Europe entière n'aboutiront pas cette fois à une déception. La réserve que la prudence nous imposait au début et que j'ai observée pour ma part, lorsque cette révélation a éclaté tout à coup, cette réserve n'est plus de saison, et nous pouvons d'autant plus applaudir au succès de notre compatriote, que sa méthode découle de principes rigoureusement scientifiques. Elle est l'émanation directe des doctrines du maître auquel il faut tout reporter. Tout s'est fait au grand jour du laboratoire et de l'hôpital ; la lumière n'a jamais été mise sous le boisseau ; les moindres détails techniques ont été exposés avec la loyauté dont l'école de la rue Duphot s'est toujours inspirée. Enfin, et pour établir une nouvelle différence entre cette découverte et ce qui s'est passé, il y a quelques années, de l'autre côté du Rhin, la France loin de vouloir accaparer le monopole du remède, n'a eu qu'une pensée, c'est de venir largement en aide à l'Institut Pasteur et de lui fournir les fonds nécessaires, afin qu'il pût produire du sérum en quantité assez grande pour le répandre gratuitement dans le monde entier. »

Après avoir entretenu l'Académie de ses travaux, ajoute l'orateur, il faut que je lui parle de ses morts, et il retrace la carrière de Quinquaud, d'Ollivier et de Cusco, à propos duquel M. Rochard s'exprime dans les termes suivants :

« Cusco, le dernier de nos trois collègues que nous avons perdus cette année, ne ressemblait en rien aux deux autres. Il appartenait à une génération antérieure Il avait embrassé la profession médicale à une époque où ses abords n'étaient pas aussi encombrés, et il y avait fait son chemin rapidement et presque sans effort. Ses brillantes facultés lui avaient rendu du reste le succès facile. Admirablement doué pour tous les genres d'études, il avait réussi dans toutes les carrières parce qu'il avait toutes les aptitudes.

« Chirurgien des hôpitaux à vingt-neuf ans, il apportait dans la pratique de notre art, à défaut d'une expérience consommée, une instruction anatomique développpée dans le professorat et dont sa thèse inaugurale avait donné la mesure. Servi par une habileté manuelle peu commune, il s'était adonné de préférence à la branche de la chirurgie qui exige le plus de dextérité, et il était devenu de bonne heure un maître en oculistique. Sa clinique ophtalmologique de la Salpêtrière est devenue, comme M. Berger l'a rappelé sur sa tombe, le berceau de la chaire qui a été récemment créée à la Faculté.

« Cusco ne s'était pas pourtant renfermé dans cette spécialité. La chirurgie générale lui doit des procédés ingénieux, des instruments et des appareils utiles, et il a laissé parmi nous le souvenir d'un praticien habile, modeste, désintéressé, celui d'un homme spirituel, aimable, généreux, d'un ami sûr et aussi dévoué à ses amis qu'indifférent à ses intérêts.

« L'Académie n'a pas eu la possibilite d'apprécier par elle-même les qualités solides et brillantes de Cusco. Il avait soixante-deux ans, lorsqu'en 1881, il fut nommé membre de la section de médecine opératoire. Sa santé déjà chancelante, l'a très souvent éloigné

de nos séances ; il n'y a pris la parole qu'un très petit nombre de fois et pour lire, en comité secret, des rapports de prix ou de candidatures, mais il était sympathique à tout le monde, et nous l'avons sincèrement regretté. »

Parlant à la fin de son discours des efforts faits par le bureau de l'Académie pour donner à la savante Société une demeure digne d'elle, M. Rochard termine ainsi :

« Je n'entrerai pas dans cette terre promise, et nombre de nos collègues ne seront pas plus heureux que moi ; cela ne nous empêchera pas de faire tous nos efforts pour que ceux qui viendront après nous, soient plus heureux que nous ne l'avons été, et pour que notre Compagnie soit un jour logée d'une façon plus digne et plus conforme à l'importance des services qu'elle rend, ainsi qu'à la valeur scientifique de ses membres. »

Prix de l'année 1894

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. — Question : De l'étiologie de la grippe.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement les récompenses suivantes :

1° 200 francs à M. Antony, méd.-major de 1re classe, au Val-de-Grâce ; 2° 200 francs à M. Jacquemart, de Paris ; 3° 200 francs à MM. Sapellier et Villecourt, médecins de la Maison départementale de Nanterre ; 4° 200 francs à M. Trouillet, méd. aide-major de 1re cl. au 14e bat. de chass. à pied, et M. Esprit, méd. aide-major de 1re cl. au 4e rég. du génie à Grenoble ; 5° 200 francs à M. Chiaïs, de Menton.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 fr. — A M. Choux, méd.-major de 1re cl. à l'hôpital militaire de Vincennes.

Prix Amussat. — 800 fr. (Bisannuel). — A M. Mauclaire, de Paris.

Prix Baillarger. — 2,000 fr. (Bisannuel). — L'Académie partage le prix entre M. Bourneville, de Paris, et M. A. Marie, directeur de la Colonie familiale de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher).

Prix Barbier. — 2,500 fr. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants :

1° 1,000 fr. à MM. Bruhl et Dubief, de Paris, pour leur mémoire fait en collaboration; 2° 300 fr. à M. Galliard, de Paris; 3° 300 fr. à M. Bertin, médecin des épidémies, à Nantes ; 4° 300 fr. à M. Luton, de Reims.

Prix Mathieu Bourceret. — 1,200 fr. — 1° Un prix de 900 fr. à MM. Quénu et Lejars, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris ; 2° un encouragement de 300 fr. à M. Arrou, de Paris ; 3° une mention honorable à M. Thibaudet, de Saint-Claude (Jura).

Prix Henri Buignet. — 1,500 fr. — A M. Léon Guignard, prof. à l'Ecole supér. de pharm. de Paris.

Prix Capuron. — 1,200 fr. — Question : Etude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.

L'Académie partage le prix entre M. Paul Rodet, de Paris, et M. Duhourcau, de Cauterets.

Mention honorable à M. H. Forestier, d'Aix-les-Bains.

Prix Civrieux. — 800 fr. — Question : Des troubles du langage chez les aliénés.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix. La même question n'est pas remise au concours.

Prix Daudet. — 1,000 fr. — Question : De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.

L'Académie ne décerne aucune récompense ; la même question sera remise au concours pour l'année 1897.

Drix Desportes. — 1,300 fr. — A MM. Béni-Barde et Materne, de Paris.

Mentions très honorables à : 1° MM. Le Gendre et Broca, de Paris ; 2° M. Cathelineau, de Paris.

Prix Falret. — 900 fr. (Bisannuel). Question : Les somnambulismes.

Il n'y a pas eu de candidats, la même question sera remise au concours pour l'année 1898.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1894, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

1° 2,000 francs à M. Arthus, pour sa mission à Cauterets, en 1894, et ses rapports sur les eaux de Châtelguyon et Saint-Nectaire, 1893 ; 2° 2,000 fr. à M. Bernard, pour sa mission en 1894, à Vittel, et ses rapports sur les eaux de Royat et d'Hammam-Meskoutine, en 1893 ; 3° 1,500 fr. à M. Ranglaret, pour sa mission de 1894, au Mont-Dore ; 4° 1,500 fr. à M. Leblanc, pour sa mission aux eaux thermales de Saint-Amand (Nord), en 1894.

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr. — A M. Gastou, de Paris.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1,000 fr. — Question : De la mort apparente des nouveau-nés.

A M. Demelin, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Paris.

Mentions honorables à : 1° M. Jacqàemart, de Paris ; 2° M. G. Lepage, ancien chef de clinique obstétricale, et M. G. Brosset, externe des hôpitaux.

Prix Herpin (de Metz). — 1,200 fr. (Quadriennal). — Question : Du traitement abortif de l'érysipèle.

A M. et Mme Cristiani, de Genève.

Prix Itard. — 2,400 fr. (Triennal). A l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

1° Un prix de 2,000 fr. à M. Chauffard, de Paris ; 2° mention très honorable avec une somme de 400 fr. à M. Courtois, méd. aide-major au 55e d'infant., à Nice ; 3° mentions honorables à M. Vanlair, de Bruxelles, et à M. Juhel-Renoy, de Paris.

Prix Laborie. — 5,000 fr. — 1° Un prix de 2,000 fr. à M. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et M. Maubrac, de Paris ; 2° un encouragement de 500 fr. à M. Delorme, prof. au Val-de-Grâce ; 3° encouragement de 500 fr. à M. Demosthen, prof. à la Fac. de méd. de Bucarest ; 4° encouragement de 500 fr. à M. Félizet, de Paris ; 5° encouragement de 500 fr. à M. Mauclaire, de Paris ; 6° encouragement de 500 fr. à M. Schwartz, de Paris, 7° mentions très honorables à MM. Binaud, de Bordeaux ; Forgue, de Montpellier ; Reclus, de Paris ; Guillemain, de Paris ; Nimier, prof. agr. au Val-de-Grâce, et Tollet, ingénieur à Paris.

Prix Laval. — 1,000 fr. — A M. Levert, licencié ès sciences physiques, étudiant en médecine à la Fac. de Paris.

Prix Meynot aîné et fils, de Donzère (Drôme), 2,600 fr. — 1° Un prix de 1,600 fr. à MM. Broca et Lubet Barbon, de Paris ; 2e récompense de 500 fr. à M. Nimier, prof. agr. au Val-de-Grâce ; 3° récompense de 500 fr. à M. Gellé, de Paris.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 fr. — 1° Un prix de 1,000 fr. à M. Lermoyez, de Paris ; 2° encouragement de 500 fr. à M. Marcel Baudoin, de Paris.

Mentions honorables à : M. Bourgès, vétérinaire en 1er au 4° hussards ; 2° M. Meilhon, méd. de l'Asile d'aliénés de Montauban ; 3° M. Delvaille, de Bayonne.

Prix Nativelle. — 300 fr. — A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

L'Académie ne décerne pas le prix. Le même sujet sera reporté pour l'année 1897.

Prix Oulmont. — 1,000 fr. — A M. Souligoux, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Orfila. — 6,000 fr. (Bisannuel). — Question : Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer

l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?

Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde un encouragement de 1,000 fr. à M. Vincente Coronado, de la Havane.

D'après les intentions du testateur, la somme de 5,000 fr., restant disponible, sera versée dans la caisse de l'Association des médecins de la Seine.

Prix Portal. — 600 fr. — Question ; Anatomie pathologique des maladies causées par le bactérium coli commune.

A M. Macaigne, de Paris.

Prix Pourat. — 1,000 fr. — Question : De la tension sanguine intra-vasculaire.

Aucun candidat ne s'est présenté, l'Académie remet la même question au concours pour l'année 1897.

Prix Saintour. — 4,400 fr. (Bisannuel). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

L'Académie partage un prix de 2,000 fr. entre M. Letulle, de Paris, et M. Alfred Franklin, administrateur de la bibliothèque Mazarine.

Encouragements : 1° 400 fr. à M. Pierre Janet, de Paris ; 2° 400 fr. à M. Catrin, prof. agr. au Val-de-Grâce; 3° 400 fr. à MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, de Paris; 4° 400 fr. à M. Verchère, de Paris ; 5° 400 fr. à M. Chipault, de Paris ; 6° 200 fr. à M. Verwaest, de Paris, doct. en droit; 7° 200 fr. à M. Henri Lamy, de Paris.

Prix Saint-Lager. — 1,500 fr. — Aucun candidat ne s'est présenté, la même question sera remise au concours pour l'année 1896

Prix Saint-Paul. — 25,000 fr. — A celui qui aura trouvé, le premier, un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la diphtérie.

Trente-trois ouvrages sur la diphtérie ont été adressés pour ce concours.

L'Académie décerne un prix d'encouragement de 1,800 fr. à M. Bourges, de Paris.

Prix Stanski. — 1,800 fr. (Bisannuel). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 500 fr. à MM. Thoinot et Dubief, de Paris.

Prix Vernois. — 700 fr. — Au meilleur travail sur l'hygiène.

A M. Vincent, méd. aide-major, à Alger.

Mentions honorables : 1° M. Simon, méd. de 1re cl. des colonies ; M. Le Roy des Barres, de Saint-Denis ; 3° M. Gautrez, de Clermont-Ferrand ; 4° M. Bouchereau, méd. maj. de 2e cl. et M. Grasset, méd. de l'hôp. de Riom ; 5° M. Bec, d'Avignon.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances de novembre et décembre 1894

Action de quelques microbes sur la substance glycogène

M. G. Etienne a constaté que la substance glycogène était toujours détruite par le bacille d'Eberth et la bactéridie charbonneuse et que le bacille pyocyanique et le colibacille la détruisaient très souvent aussi. Le streptocoque, le staphylocoque et le pneumo bacille n'ont pas d'action. Ces faits expérimentaux expliquent la disparition du glycogène dans certaines infections.

Le surmenage hépatique

MM. Cassaert et Mongour montrent, par de nombreuses observations, que l'insuffisance hépatique peut s'observer dans l'alcoolisme, la tuberculose, le rhumatisme articulaire aigu, l'impaludisme, l'embarras gastrique, la paralysie générale, la néphrite aiguë. Il est évident que, dans ces cas d'altération du foie, un incident pathologique quelconque peut facilement déterminer l'ictère grave.

Le mécanisme de la mort par l'électricité

M. D'Arsonval a montré que les courants électriques employés dans l'industrie même les plus forts, nedéterminent, en traversant le corps humain, qu'un état de mort apparente que l'on peut faire cesser en pratiquant la respiration artificielle. En Amérique, on a, dans une exécution par l'électrocution, fait traverser le corps par un courant de 4,600 volts ; ce courant si intense n'a pas suffi pour tuer le malheureux que la respiration artificielle a ramené à la vie. On doit donc renoncer à employer l'électricité dans les exécutions capitales. Les courants continus, quoiqu'on en ait dit, sont plus dangereux que les courants alternatifs et la mort tient aux phénomènes électrolytiques qui se produisent pendant leur passage dans le corps.

Passage des microbes à travers la membrane des cysticerques

D'après M. H. Frænkel, les membranes des cysticerques des lapins laissent passer les microbes dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, on fait des inoculations par voie intra-veineuse, avec des cultures de staphylococcus citreus et qu'en même temps on injecte sous la peau des produits solubles du même microbe.

M. Galippe a fait remarquer, à propos de la communication de M. Frænkel que les microbes traversent toutes les membranes vivantes.

Influence de la respiration sur la circulation

M. Wertheimer a prouvé par des expériences poursuivies chez le chien que l'inspiration favorise le cours du sang veineux à la fois dans les régions sus et sous-diaphragmatiques. Si l'on sectionne les deux pneumogastriques, le diaphragme influe surtout sur la circulation en retour des membres inférieurs.

Le son de percussion du thorax

D'après M. Castex, lorsque l'on percute le thorax, il y a deux sons de produits : l'un provient des parties osseuses et l'autre des vibrations des gaz renfermés dans le poumon. Le tissu pulmonaire lui-mêne n'émet aucun son ; de même que les parties molles du thorax, il diminue plutôt l'intensité de ceux auxquels la percussion donne naissance.

COURRIER

—

Le bureau de la Société de médecine légale est ainsi composé pour l'année 1895 : Président : M. Pouchet ; vice-présidents : MM. Constant (avocat) et de Beauvais ; secrétaire général : M. Motet ; secrétaires annuels : MM. Briand et Valon.

— Les journaux de New-York annoncent que les autorités sanitaires de cette ville ont prescrit de signaler par une lanterne les maisons où s'est produit un cas de maladie contagieuse. La couleur de la lanterne diffère suivant la maladie : le blanc indique la diphtérie — le rouge la scarlatine — et le bleu la rougeole. C'est assez yankee !

Le gastrophage.— Un auteur américain, Einhorn, s'est occupé depuis plusieurs années de chercher un procédé expérimental permettant d'obtenir l'inscription graphique du péristaltisme stomacal. Dans ce but, il a imaginé un appareil qui porte le nom de *gastrographe.*

Celui-ci se compose essentiellement de trois parties : une petite pelle mobile en platine qui subit tous les déplacements imprimés par les contractions stomacales, un contact électrique, et un appareil enregistreur des mouvements imprimés à la pelle.

Nous renvoyons pour les détails de construction à la description de l'inventeur (*New-York med. Journal*, 15 Setp. 1894), nous ne voulons retenir que les résultats obtenus avec cet appareil.

Ils confirment en tous points ceux de MM. Hanot et H. Meunier et des physiologistes.

Einhorn a reconnu d'abord que l'estomac à l'état normal, et lorsqu'il est vide, ne reste pas immobile, mais qu'il est le siège de légères contractions périodiques.

Le nombre de ces contractions s'accroît pendant la réplétion et suivant l'activité de la fonction digestive.

Ces contractions sont beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus fortes dans les cas de sténose pylorique et de dilatation gastrique.

Ce dernier point est particulièrement confirmatif des résultats cliniques obtenus par MM. Hanot et H. Meunier.

Il importe cependant de vérifier si les constatations d'Einhorn s'appliquent aux dilatations stomacales sans sténose pylorique. (*Journal des connaissances médicales.*)

Etrange thérapeutique. — Le *British med. Journal* a réuni quelques extraits de journaux médicaux homéopathiques qui nous semblent plutôt devoir servir à l'instruction de quelque somnambule extra-lucide qu'à celle de médecins se réclamant d'une science exacte. Qu'on en juge.

Le *American Homeopathist* affirme que quand un malade dort avec les genoux repliés, il faut lui faire prendre *Chamomilla* ; si les jambes sont en extension, il faut lui donner *Pulsatilla*, et *Stannum* s'il a une jambe étendue et l'autre fléchie. Si le malade porte constamment la tête inclinée sur le côté, *Cina* est indiquée ; si la tête se porte en avant, c'est *Staphysagria* ; si la tête se porte en arrière, c'est *Hyoscyamine*. Si le malade dort avec les mains appliquées sur le ventre, il faut lui donner *Pulsatilla*. Si une femme dort avec les mains sur la tête, c'est encore *Pulsatilla* qui lui convient ; la même attitude chez un homme doit faire prescrire *Nux*.

Le *North American Journal of Homeopathy* vient de publier une étude sur quelques variétés spéciales de sueurs. Les transpirations de la moitié supérieure du corps sont combattues par *Nux vomica* ou *Opium* ; celles de la moitié inférieure par *Crocus* ou *Cyclamen* ; celles du dos par *Anamita* ou *Phosphore* ; *Or* ou *Sodium* conviennent aux sueurs du côté droit ; *Jaborandi* à celles du côté gauche et enfin *Ignatia* à celles qui se limitent au visage.

Le *Southern Journal of Homeopathy* a publié une leçon remarquable sur les diverses toux. La toux survenant le matin vers six heures doit faire ordonner *Cedron ;* si la toux s'aggrave dans le décubitus abdominal, il faut prescrire *Baryte ;* si en se couchant sur le côté gauche on tousse davantage, on lui fera prendre *Mercure* ; si la musique (!!!) rend la toux plus intense, *Créosote* est le remède indiqué.

On pourrait supposer qu'un allopathe facétieux a trouvé le moyen de faire insérer de mauvaises plaisanteries dans les organes attitrés de l'homéopathie pour discréditer la méthode. Mais il paraît que cette hypothèse, quelque plausible qu'elle soit au premier abord, n'est pas exacte.

A propos de l'électrocution. — Les Américains sont très embarrassés. Un criminel, exécuté par l'électricité, *électrocuté*, est-il mort ou n'est-il pas mort ?

On se le demande depuis les assertions de d'Arsonval qui soutient qu'un individu foudroyé est seulement en état de syncope et peut être rappelé à la vie comme un noyé. Les juges des Etats-Unis ont conclu à la mort réelle, et ils s'empressent de s'en assurer par une autopsie immédiate.

Mais un médecin américain, le docteur Gibbons, adoptant l'idée de d'Arsonval, a déclaré qu'il se faisait fort de rappeler à la vie le prochain électrocuté si on voulait lui livrer le corps pour tenter l'épreuve.

L'autorisation lui a été refusée, et ceci a fait un certain bruit à New-York.

Voici que le hasard vient de réaliser cette expérience refusée au docteur Gibbons.

Le 16 novembre dernier, un électricien, M. Cutter, a été foudroyé à Pittsfield (Massa-

chusetts) par un courant de 4,500 volts, courant bien plus puissant que celui qui sert à l'électrocution. Les ingénieurs de l'usine qui connaissaient les expériences de d'Arsonval, pratiquèrent la respiration artificielle, et au bout de sept minutes M. Cutter revenait à la vie. Le lendemain, il était complètement rétabli, si bien qu'interviewé il a pu faire parler un reporter.

Voilà les magistrats embarrassés ; car après tout un homme électrocuté est mort légalement, et si on le fait revenir, le gouvernement, d'après certains jurisconsultes d'Amérique, n'aurait rien à dire.

L'exercice illégal de la médecine en Bavière. — D'une statistique officielle faite en Bavière, il résulte qu'en 1893 la médecine illégale a été pratiquée dans ce pays par 1,152 personnes, dont 832 hommes et 320 femmes. Le total avait été de 1,184 en 1892; la diminution porte exclusivement sur les hommes.

Au point de vue de la nationalité, parmi ces 1152 charlatans, on compte 1097 Bavarois, 32 autres Allemands, 19 Autrichiens, 2 Américains, 1 Italien et 1 Suisse. Au point de vue de la profession, on compte 22 pharmaciens, 2 étudiants en médecine ou médecins non diplômés, 2 veuves de médecins, 4 baigneurs, 219 paysans ou journaliers, 12 employés, 57 salariés, 22 ecclésiastiques, 188 ouvriers d'industrie, 49 marchands, 6 professeurs, 3 écrivains, 10 masseurs, 2 religieuses, 44 rentiers, 2 femmes de vétérinaires, 2 fossoyeurs, 62 cantonniers et 52 de profession inconnue.

Voici maintenant les branches de la médecine auxquelles ces individus se sont adonnés ; médecine générale 333, vente de médicaments 207, vers intestinaux 6, chirurgie 70, maladies des femmes et des enfants 21, électrothérapie 14, fractures et luxations 21, remèdes secrets et médecine sympathique 118, jaunisse 1, accouchements 43, homéopathie 87, hydropathie 13, magnétisme 6, massage 4, médecine interne 71, médecine naturelle 10, maladies des yeux 8, maladies des oreilles 1, uroscopie 5, hernies 1, plaies, ulcères et panaris 34, art dentaire 10, etc.

— L'étude comparative du chiffre des étudiants en médecine, de 1872 à 1882, montre en Irlande une diminution de 352 à 175, et en Écosse une augmentation de 324 à 578, correspondant à une augmentation de 676 à 1007 en Angleterre.

D'après les journaux du pays, la diminution paraît avoir pour principale cause, en Irlande, l'extension exagérée des études concernant chacune des spécialités qui se rattachent aux diverses branches de la médecine et l'accroissement correspondant des dépenses qu'exige, dans ces conditions, un apprentissage plus complexe que ne le réclament les nécessités habituelles de la profession médicale.

— Le docteur Janowsky, médecin particulier de M. de Giers, a quitté Saint-Pétersbourg, se rendant à Paris, avec mission d'étudier la découverte du docteur Roux.

Le gouvernement russe se propose de créer en Russie des instituts spéciaux pour la diffusion du vaccin de la diphtérie.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. E. Rochard : La Société de chirurgie. — II. Revue de la presse étrangère. — III. Prix de l'année 1894. — IV. Feuilleton. — V. Courrier.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur le traitement des polypes naso-pharyngiens a occupé toute la séance.

La question a été reprise par M. Verneuil, qui demande en commençant à ses collègues la permission « pour un revenant de revenir à cette tribune défendre une cause » qu'il a soutenue depuis longtemps.

L'orateur fait d'abord remarquer très à propos, que ces polypes naso-pharyngiens qu'on croyait disparus font leur réapparition, qu'il vient d'en être opéré un certain nombre, qu'il y a comme « une petite épidémie » et que, par conséquent, c'est le moment de discuter leur traitement.

Quelles sont les méthodes en présence ? elles sont au nombre de trois : celles dites *radicales*, les *promptes* et celles appelées de *douceur*. Tour à tour elles ont été défendues à la tribune par les différents orateurs et à ce propos, M. Verneuil passe rapidement en revue les opinions émises, et il résume les débats en disant qu'après tout on n'est pas bien loin de s'entendre.

Il admet, en effet, comme M. Quénu, deux variétés de polypes : la molle, la sarcomateuse très rare et la dure, de beaucoup la plus commune, mais qui, sous l'influence de l'irritation est susceptible de se transformer.

En arrivant aux méthodes de traitement, M. Verneuil rappelle que jusqu'en 1870, il a combattu les procédés parcimonieux. Jusqu'alors il n'avait pas eu d'hémorrhagies, mais à cette époque, il perdit un malade, rechercha dans les bulletins de la Société de chirurgie et y trouva de nombreuses observations de mort due à ce terrible accident citées par Deguise, Dumesnil, Demarquay et d'autres. Il essaya donc les méthodes de douceur, les jugea et revint aux méthodes parcimonieuses, aux méthodes de douceur dont il est resté partisan depuis.

FEUILLETON

Pauvres séreuses

Dans le *Bulletin de de l'Académie de médecine* pour la séance du 27 novembre dernier, au bas de la dernière page, sous la rubrique « Lectures », on trouve ces deux lignes : « M. le docteur H. Follet (de Lille) lit une note sur l'action curative de l'insufflation d'air dans le péritoine tuberculeux. » C'est court comme une oraison jaculatoire, et beaucoup d'entre nous, peut-être, y auront fait à peine attention. Que de choses pourtant en si peu de mots. Pour ma part, avec quelque distraction regrettable que j'ai l'habitude de parcourir ces derniers renseignements, j'ai été frappé vivement de l'accouplement des termes. Ç'a été purement réflexe et l'application volontaire de l'esprit n'est intervenue qu'ensuite pour expliquer, légitimer et corroborer l'étrange étonnement de l'impression première. De même qu'à la rue, quand vous allez d'un pas rapide, parcourant des yeux un journal, mentalement isolé parmi la foule qui vous croisent inattentif

La voie palatine est celle qu'il préfère et si on la compare à la résection du maxillaire supérieur, on voit qu'elle lui est supérieure, c'est, en effet, en s'appuyant sur l'*efficacité,* la *simplicité* et la *bénignité*d'une méthode opératoire qu'on peut la juger. Et bien, la voie palatine est tout aussi efficace que la voie maxillaire ; car elle ne présente pas plus de récidives et permet de les combattre plus facilement. Elle est plus simple, il n'est pas besoin de le démontrer. Elle est plus bénigne aussi.

La voie palatine choisie, M. VERNEUIL aborde la question de l'ablation du polype. Pour l'arracher il a proscrit l'instrument tranchant et se sert ou du thermo-cautère ou du galvano-cautère ou de l'écraseur linéaire. Il évite ainsi les hémorrhagies.

Mais un point capital est de surveiller la récidive, de ne pas lâcher la cure que tout ne soit fini, de ne pas faire d'entr'actes, car si lé malade part il ne s'aperçoit de la repullulation du polype que lorsque celle-ci a déjà atteint un volume trop considérable.

Comment va-t-on combattre ces récidives ? par le feu, et M. Verneuil cite l'exemple d'un malade que, tout dernièrement, il a guéri de cette façon. On pourra aussi se servir des caustiques, de l'acide chromique, par exemple, bien supérieur au chlorure de zinc qui donne quelquefois un coup de fouet.

Enfin, il faut savoir, dit l'orateur, que la fente de la voûte palatine n'a pas un grand inconvénient, qu'un obturateur peut être placé et permettre la phonation ; que dans la résection du maxillaire chez un sujet qui n'a pas terminé sa croissance il peut y avoir asymétrie de la face par le fait de l'accroissement du maxillaire sain.

M. Verneuil termine en résumant son opinion dans ces quelques mots : *Plus un polype est grave anatomiquement, plus il faut employer les moyens innocents.*

La voie palatine trouve un nouveau défenseur dans M. PICQUÉ, qui aborde la tribune avec quatre observations de ce genre, dont l'une appartient à M. le professeur Berger. Voici les points principaux de la communication de M. Picqué :

La réunion immédiate ne fut faite dans aucun cas, et pourtant la brèche

---

aux gens qui vous coudoient, vous percevez vaguement le geste affectueux d'un salut qu'on vous fait en passant — « Tiens ! c'est un tel. Eh ! bonjour, cher ami », faites-vous deux secondes plus tard, et vous vous arrêtez un instant à causer ; de même, l'autre jour, au moment où j'allais rabattre le feuillet bleu de la couverture sur les pages blanches du bulletin : « Hé quoi ! dis-je : air..., curatif..., péritoine..? Qu'est cela, grands dieux ? ai-je bien lu ? » J'avais bien lu, en effet, des comptes rendus de journaux, un peu moins laconiques que l'officielle indication, m'ont prouvé que je ne m'étais point trompé. C'est bien l'air, le grand coupable d'antan, le terrible ennemi, le mortel danger, qui s'élève ainsi au rang de providentiel sauveur.

Que d'efforts accumulés jadis, que de travail dépensé, que d'ingéniosité pour l'éviter, pour éloigner son contact redoutable, craint à l'égal de la peste ! La génération médicale qui a été élevée à l'école du sous-cutanéisme, de l'aspiration sous le vide, de la filtration ouatée et du spray, s'est faite à peine à la hardiesse de sa cadette et ne l'a suivi que d'un pas ralenti dans les audaces de ses interventions à ciel ouvert. La crainte de l'air n'était pas seulement, alors, le commencement de la sagesse, elle en était la fin et l'essence même, elle la contenait toute, Cesser de redouter l'air, bien plus, le braver,

palatine s'était fermée spontanément au bout de six mois chez son premier malade.

Trois fois l'hémorrhagie fut abondante et se montra quelques jours après l'opération, cela malgré un tamponnement sévère. Il est certain, fait remarquer l'orateur, que si on avait réuni immédiatement, le tamponnement eût été plus difficile.

Pour la récidive, M. Picqué, qui en a eu un exemple au bout d'un mois chez l'un de ses opérés, est arrivé à la combattre facilement à l'aide d'attouchements au chlorure de zinc et au thermo-cautère. L'homme qui fait le sujet de cette observation était sujet à des hémorrhagies qu'il présenta pendant le cours du traitement et portait dans le pharynx, en même temps que son polype, des végétations adénoïdes, comme l'a constaté M. Gouguenheim.

De ces quatre cas, M. Picqué conclut que la résection du maxillaire supérieur s'impose dans les sarcomes, mais que la brèche palatine suffit pour les polypes fibreux. Autrefois, à cette même tribune, M. Picqué se montrait partisan dans ces opérations de la trachéotomie préventive. Depuis qu'il a opéré avec son maître, M. Berger, il est revenu sur son opinion, parce qu'elle est inutile et qu'il suffit pour éviter l'irruption du sang dans la trachée, de mettre l'opéré dans la position de Rose.

M. Berger prend ensuite la parole, et examine les trois points suivants: l'utilité des opérations parcimonieuses, la voie de l'exérèse et le traitement consécutif.

Il a vu opérer Denonvilliers, Nélaton, et ce dernier chirurgien, une fois la brèche palatine faite, attaquait le polype par l'électrolyse ; plus tard, élève de M. Gosselin, c'est encore la voie palatine qu'il a vu son maître suivre ; mais le polype était détruit par des flèches au chlorure de zinc. Depuis, M. Trélat a suivi la même voie, mais il détruisait le néoplasme avec la cautérisation ignée. Lui-même a suivi d'abord les mêmes méthodes, et a été frappé du temps que nécessitaient les cautérisations successives et des accidents d'infection lente qu'occasionnait ce traitement, laissant un moignon escharrifié dans le pharynx. Il a même été obligé d'abandonner un

passa longtemps pour une imprudence indigne de pardon. Mais l'appeler à son aide, l'introduire délibérément dans la séreuse des séreuses, enfermer ce loup dans cette bergerie, celà eût passé il y a trente ans pour le comble de l'aberration. On en eût frissonné d'épouvante comme devant l'évocation de Satan.

Aujourd'hui, l'air est en chemin de se faire considérer comme un grand calomnié ; l'heure de sa réhabilitation chirurgicale serait-elle près de sonner ? Ce pauvre milieu ambiant a toujours été coutumier de ces contradictions. Aux temps mythologiques, si l'on en croit la fable, un Satyre pensa mourir de peur en voyant un enfant souffler sur ses doigts pour les réchauffer et sur sa soupe pour la refroidir. Ne semble-t-il pas que cet apologue condense toute l'histoire des rapports de l'humanité avec l'atmosphère terrestre ? On l'a appelée le *pabulum vitæ* et ces deux mots seront sans doute les vestiges du latin qui disparaîtront les derniers de la langue médicale. Mais de ce *pabulum vitæ* on se défie comme d'un traître ; contre lui aucune précaution ne paraît superflue ; aux feuillures des portes et des fenêtres les bourrelets de crin ou de laine arrondissent leurs boudins protecteurs, les tapis s'étalent par-dessus les fissures des parquets, les rideaux aux plis lourds, les épaisses tentures se drapent autour des lits. On apprend aux enfants

malade incomplètement guéri à cause de sa faiblesse, et de l'envoyer dans le Midi. Aussi, M. Berger préfère-t-il l'exérèse en un temps, quitte à surveiller ce qui se passera ultérieurement.

Quant à la voie à suivre, c'est la *voie palatine* à laquelle il donne la préférence; mais il ne faut pas croire qu'elle soit dépourvue d'un intérêt dramatique. Dès qu'on touche au polype le sang coule en abondance, et c'est pour cela que la position de Rose est excellente ; on n'a pas à craindre l'asphyxie, on voit ce qu'on fait et on peut faire un tamponnement efficace à l'aide d'une éponge par exemple ; mais il est important d'enlever toutes les ramifications du polype, ainsi que le lui a montré M. Verneuil ; car, s'il en reste une partie, c'est cette partie-là qui saigne et il faut l'extirper.

Quant au traitement curatif ou post-opératoire, pour pouvoir le faire il ne faut pas avoir pratiqué la réparation de la brèche palatine. La suture est, en effet, presque impossible à pratiquer avec un tamponnement du pharynx, et ce dernier, une fois la suture faite, serait bien difficile à retirer. L'orateur sait bien qu'il n'y a pas toujours besoin de tamponnement ; mais il est des cas dans lesquels il s'impose.

De plus, la réparation immédiate empêche de traiter la récidive et celle-ci doit-être attaquée dès qu'elle se montre. M. Berger croit à la tranformation du fibrome en sarcome ; mais dans des cas excessivement rares, et il pense que souvent on prend pour du sarcome ce qui n'est qu'une repullulation du polype fibreux, et la preuve en est que les malades guérissent.

La discussion se termine par une réponse de M. Quénu. Pour ce chirurgien, c'est la nature de la tumeur qui domine la question. La plupart des cas cités appartenaient à des fibromes angiomateux ; ces récidives qui se montrent au bout de 4, 6 ou 8 semaines ne sont pas des récidives ; ce sont des parties du fibrome qu'on a laissées et qu'on prend pour une repullulation. M. Quénu est pour l'extirpation rapide et M. Berger aussi, puisqu'il enlève la tumeur d'un coup ; quant au choix de la voie à suivre, il est encore de l'avis de M. Berger, puisqu'il ne préconise la résection du maxillaire

de bonne heure à prendre garde aux courants d'air ; on les en effraie comme du loup-garou.

Le langage populaire traduit irrésistiblement ces sentiments de méfiance et une rancune aussi vieille que le monde. Combien d'affections peuvent-elles se flatter d'échapper pour la masse des profanes, à cette étiologie facile : le coup d'air? Conjonctivites, rhumes de cerveau, névralgies diverses, coliques et rhumatismes n'en sont-ils pas les produits avérés sans conteste ? Le mot « coup » personnifie, en quelque sorte, l'action nocive, indique la conscience, l'intention, la volonté de l'agent. On dit : « s'exposer à l'air » comme on dirait « s'exposer à un danger. »

D'un autre côté, son rôle bienfaisant, ses effets salutaires sont exprimés d'une non moins saisissante façon où éclate l'unanime conviction qu'il est la source de toute vie, de toute santé et de toute gaieté. Nous-mêmes, renchérissant sur l'enthousiasme public, nous avons imaginé le bain d'air comprimé, l'air à doubles muscles, comme dirait Tartarin. Là, d'ailleurs, ne s'est point borné l'emploi thérapeutique du médicament.

Les mères en ont, de temps immémorial, tiré un merveilleux parti et obtenu des résultats miraculeux. Chacun de nous les a vues l'employer vingt fois autour de lui, que

que pour les polypes sarcomateux et que pour les autres il adopte la voie palatine.

Quant à la restauration immédiate, M. Quénu en est partisan, et qu'on ne vienne pas dire, avec M. Picqué, que la suture gêne la compression, au contraire, le voile du palais refait donne un point d'appui nouveau au tamponnement. Quant aux inconvénients de la non réparation, ils sont considérables. Il n'est pas indifférent de porter un obturateur, et pour sa part il a observé la déformation de la voûte palatine et le malade a gardé du nasonnement.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

La sérothérapie de la diphtérie

L'*Union médicale* a déjà signalé à plusieurs reprises les plus importants travaux publiés récemment soit en France, soit à l'étranger, sur la sérothérapie de la diphtérie. Nous nous proposons d'examiner en détail quelques-uns de ces travaux et de montrer que, d'une façon générale, ils confirment tous les résultats annoncés au congrès de Budapest, par Behring et par Roux.

Kossel, de l'institut de Koch, décrit un des moyens d'immuniser les animaux destinés à fournir le sérum antitoxique; dans les ballons contenant des cultures en bouillon datant de trois semaines, les microorganismes de la diphtérie sont tués par l'addition de 0,5 p. 100 de phénol; le bouillon filtré contient les toxines. Si l'on fait à des animaux des injections progressivement croissantes de ce bouillon, on constate que leur sérum devient immunisant. Behring et Ehrlich appellent *sérum normal* celui dont 0,1 c. c. suffit à neutraliser une dose de poison dix fois plus forte que la dose mortelle; 0,1 c. c. de sérum normal correspond à 1 unité d'immunisation; un sérum dont 0,01 c. c. suffirait à neutraliser la dose précédente du poison, serait donc dix fois plus fort que le sérum normal. Il faut en moyenne 500 unités d'immunisation pour guérir un enfant de la diphtérie.

Kossel insiste sur la nécessité du diagnostic bactériologique. La diphtérie se montre sous des aspects si variés qu'on ne peut souvent par le simple examen clinique, la recon-

---

dis-je, nous en avons éprouvé personnellement bien souvent les effets toujours sûrs et si prompts. Observez donc là, près de vous, en cette allée de jardin, ce bébé qui s'amuse, de ses grosses menottes maladroites, il secoue à tort et à travers les jouets, — pelle, poupée ou trompette — que le petit Noël a placés — non pas dedans, ils n'y pourraient entrer — mais à côté du miniscule soulier blanc ou bleu. Ah! la malheureuse poupée! empoignée par une jambe, elle tournoie, sa chevelure d'étoupe en lambeaux, un œil rentré dans la tête, le nez réduit en pâte. Elle heurte, en des chocs à se briser, le banc près duquel, tout fier de pouvoir se tenir debout, notre bambin s'escrime de la voix et du geste. Tout à coup un cri retentit où la joie n'a plus de part. Sur les bonnes joues rebondies, de roses qu'elles étaient, devenues rouges, cramoisies, violettes, — le flot des larmes roule pressé. Et la bouche! oh! la bouche des petits qui pleurent d'un gros chagrin, quel goufre. Elle s'élargit, énorme, sur la face à peine grosse comme le poing; on dirait qu'elle va la manger toute, cette face; le front, les yeux, les joues, le menton se rapetissent, se ferment, se rétrécissent, il ne reste plus du joli visage que ce grand trou béant, évasé au quadrilatère. Du reste, il ne faut pas moins que cet orifice démesuré pour donner aisément passage au vacarme qui en sort, aux sanglots qui y font explosion,

naître ou l'affirmer. Parmi les conditions qui aggravent le pronostic et rendent moins certaine l'action de l'antitoxine, il faut citer l'extension aux bronches et aux poumons des fausses membranes diphtériques et les infections secondaires. Le succès est également douteux dans tous les cas où le traitement est commencé d'une façon tardive. Cependant, c'est toujours à l'antitoxine qu'il faut recourir, même dans les cas les plus désespérés, ne serait-ce que parce qu'elle n'a aucun effet nuisible. A l'Institut de Koch, la mortalité est descendue à 16 p. 100, et se maintientient à ce chiffre. Il n'y a eu aucun cas de mort chez les enfants soignés dès le premier ou le second jour de leur maladie. Tout cas de diphtérie vraie, soignée à temps, doit guérir ; il s'agit d'injecter, suivant la gravité, la dose voulue d'antitoxine. Les effets du traitement ne sont pas tardifs ; on voit les fausses membranes se détacher et en même temps l'état général s'améliorer ; les paralysies consécutives sont peu à craindre, et le croup ne se montre jamais.

MM. Lucius et Brüning ont entrepris sous la direction de Behring et de Ehrlich, la fabrication du sérum antitoxique. Ils fournissent des flacons de sérum équivalent à 600, 1,000, 1,500 et 1,600 unités d'immunisation.

(*Deut. med. Woch*, 25 oct.)

Les résultats obtenus par M. Kœrte, à l'hôpital Urban de Berlin, sont moins favorables que ceux signalés par M. Kossel. Ils démontrent cependant une notable diminution de la mortalité grâce à la sérothérapie.

Du 20 janvier au mois d'octobre 1894, 132 enfants ont été traités par l'antitoxine de Behring ; au moment de la publication de l'article, 11 enfants étaient encore en traitement. Sur les 121 autres, 81 avaient guéri (66,9 p. 100) et 40 étaient morts (33,1 p. 100). Or, de juin 1890, au 31 décembre 1893, sur 1,160 enfants traités par les méthodes ordinaires, la mortalité avait atteint 45,1 p. 100. Sous l'influence de l'antitoxine, la mortalité a donc diminué de 12 p. 100.

Un des points les plus intéressants de l'article de M. Kœrte, est ce fait que, à un moment donné, n'ayant plus de sérum antidiphtérique à sa disposition, il dut traiter 116 enfants par les méthodes ordinaires ; la mortalité s'éleva à 53,8 p. 100 (plus forte de 20,7 p. 100 que dans les cas traités avec le sérum antitoxique). Les 121 cas peuvent se diviser ainsi : 43 cas graves, mortalité 58,2 p. 100 ; 47 cas de moyenne intensité, mortalité 29,8 p. 100 ; 31 cas légers, 3,3 p. 100. Sur 15 enfants au-dessous de 2 ans, 8 guérient. Sur 42 cas avec trachéotomie, mortalité 52,4 p. 100, au lieu de 77,5 p. 100 dans

---

au torrent de pleurs qui s'y abîme. Que s'est-il donc passé ?.. Peu de chose, rien. La pauvre poupée, en ses bonds désordonnés, a rencontré, frôlé, meurtri à peine l'autre petite patte dodue dont les doigts appuyés sur le banc consolidaient un équilibre encore instable. Il n'en faut pas plus, vous pensez bien, pour provoquer tout ce fracas. Et je vous assure que le fracas durerait longtemps si nous étions seuls, cher confrère, vous et moi, pour y porter remède. Toute notre thérapeutique y serait pour sa courte honte. Mais la mère a laissé tomber dans le sable le livre qu'elle lisait, et sans prendre le soin, vous pouvez m'en croire, de marquer la page, en un clin d'œil voici bébé roulé sur ses genoux, renfermé entre ses bras, dorloté, choyé, baisé, que sais-je. Rien n'y fait cependant, ni les caresses, ni les promesses, ni l'alléchante perspective d'une visite au pâtissier voisin, ni la vengeance (elle est chère pourtant, même au cœur de ces anges) d'une correction soignée à la méchante poupée.

Non, madame, vous ne réussirez point ainsi. Il faut aux grands maux les grands remèdes... Et la mère y vient, à son grand remède. Elle s'empare de la menotte à peine rougie, si peu rougie qu'elle se trompe de doigt et, très sérieusement, sans rire, elle souffle, pff, pff... Comme par enchantement, cris, larmes, convulsions, tout cesse :

les années précédentes, soit une diminution de 25 p. 100 avec le sérum antidiphtérique. 8 enfants de moins de 2 ans furent trachéotomisés, 3 guérirent, tandis qu'avant l'emploi du sérum, sur 108 enfants du même âge ayant subi la trachéotomie, 98 moururent.

M. Kœrte insiste sur la nécessité de commencer le traitement le plus tôt possible. Sur 37 cas graves et moyens traités dès le troisième jour, il n'y eut que 8 morts. Quelques décès ont peut être été dus à l'insuffisance de la dose de sérum injectée. Mais, d'autre part, des enfants ayant reçu la dose voulue ont cependant succombé.

Les complications que l'on a observées chez les enfants guéris, ont consisté en broncho-pneumonie, affaiblissement cardiaque, néphrite, otite, paralysies ; l'urticaire a été noté 9 fois, c'est le seul accident imputable à la sérothérapie. Il est à remarquer que M. Kœrte ne signale à la suite des injections de sérum aucun cas d'exanthème scarlatiniforme, ni cet état particulier d'affaiblissement général avec fièvre et phénomènes d'embarras gastrique ou gastro-intestinal, sur lequel M. Le Gendre a appelé l'attention dans une récente communication à la Société médicale des hôpitaux. M. Kœrte n'a observé, à la suite du traitement, aucune modification immédiate de la température ni de l'état local dans les cas graves ou moyens ; ce qui domine tout d'abord, dans les cas qui doivent se terminer favorablement, c'est une amélioration notable de l'état général.

(*Deut. med. Woch*, 18 novembre.)

Après l'examen détaillé des deux importants articles de M. Kossel et de M. Kœrte, qu'il nous suffise de rappeler quelques-unes des principales statistiques parues dans ces derniers temps.

Bokai, à l'hôpital des Enfants de Budapesth, sur 35 enfants traités par le sérum de Behring, a eu 30 guérisons ; sur 13 enfants ayant subi l'intubation, 1 seul mort.

Ritter, sur 26 cas, a eu 21 guérisons dont 2 après trachéotomie (*Berlin. Klein. Woch.*, 12 novembre).

Rumpf, sur 26 cas, dont 7 trachéotomies, 2 morts seulement (Société médicale de Hambourg).

A la Société médicale de Munich, von Ranke et Œrtel ont donné les résultats que leur avait donné, au milieu d'une longue et meurtrière épidémie, le sérum qu'ils n'ont eu malheureusement qu'en petite quantité.

Sur 10 enfants traités par le sérum de Behring, il n'y eut qu'un cas de mort. Quelque temps auparavant, sur 9 enfants traités par le sérum d'Aronson, 3 moururent, un

---

« Parti le bobo ? » Le petit regarde, étonné, la main dont il ne souffre plus, la tend encore une fois, pour plus de sûreté, sous les chères lèvres, puis se coule à terre d'un mouvement d'anguille et achève d'écarteler son esclave en carton-pâte. Je ne connais, à l'actif de l'insuflation, aucun succès qui soit comparable à celui-là.

On courrait à des mécomptes en la recommandant avec trop de confiance sur la foi d'un vieux tableau de l'école hollandaise, je crois, pour l'extraction des petits corps étrangers malencontreusement tombés sur la conjonctive. Ce tableau, au surplus, n'est pas aussi démonstratif qu'on pourrait le penser. On y voit bien une jeune fille, charmante à regarder, qui des deux mains maintient entr'ouvert son œil gauche dans lequel souffle avec conviction un beau gaillard à la mine plantureuse. Mais des deux personnages c'est celui-ci, assurément, dont la physionomie reflète le plus de satisfaction et qui paraît éprouver le plus de bien-être et de plaisir de l'application du remède.

La peinture n'a pas poétisé de même, la chose s'y prêtant beaucoup moins, l'insufflation de l'air dans la trompe d'Eustache. La sonde d'Itard et la poire de Salitzer prolongeraient mal le nez le plus exquis, fut-ce celui de la fillette à la cruche cassée. On comprend que la difficulté du sujet ait fait reculer les plus audacieux ; je ne m'étonne-

d'eux 12 heures après son entrée à l'hôpital (forme gangréneuse), les deux autres très tardivement, au bout de 20 et 22 jours, après une période d'amélioration. Œrtel et von Ranke pensent qu'il serait encore prématuré de tirer des conclusions fermes des faits qu'ils ont observés, mais ces faits sont très encourageants.

EMMERICH fait l'éloge de la méthode nouvelle ; la sérothérapie est la thérapeutique de l'avenir pour les maladies infectieuses. Il doute cependant que les résultats soient très satisfaisants à Munich, car la diphtérie y est presque toujours compliquée d'infections mixtes (staphylocoques, streptocoques, bacillus pyogenes fœtidus). Ces associations microbiennes se retrouvent même dans la diphtérie aviaire. La fréquence des diphtéries polymicrobiennes à Munich serait due, d'après Emmerich, à ce fait que les divers microorganismes précédents se retrouvent dans l'eau de canalisation de cette ville ; on ne les trouve pas, au contraire, dans l'eau d'alimentation de Berlin. (*Munch. med. Woch.*, nº 45.)

En Angleterre, M. GEE a traité à Saint-Bartholomew's Hospital 9 enfants âgés de 8 mois à 18 ans par le sérum d'Aronson. 2 moururent ; l'un âgé de 27 mois avait été trachéotomisé d'urgence ; deux jours après il semblait considérablement amélioré ; malheureusement, il eut une broncho-pneumonie à laquelle il succomba rapidement. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un enfant de 8 mois qui fut apporté en état d'asphxye ; on fit la trachéotomie et l'enfant mourut le lendemain. 4 autres malades, âgés de 11 mois à 4 ans, furent aussi trachéotomisés et guérirent.

Aux faits de M. Gee doivent être ajoutés deux cas de guérison obtenus également à Saint-Bartholomew's Hospital, par M. Hensley. C'est aussi le sérum d'Aronson qui fut employé. Il s'agit de 2 enfants de 4 ans et de 2 ans et demi qui furent tous deux trachéotomisés, et qui guérirent néanmoins assez rapidement. (*Brit. med. J.*, 24 novembre.)

M. HORNE publie dans le *Saint-Bartholomew's hospital journal* 3 cas de diphtérie traités par MM. CHURCH et BRUNTON, avec le sérum antidiphtérique. Les trois enfants guérirent ; les deux plus jeunes, âgés l'un de un an et 9 mois, l'autre de 3 ans, avaient été trachéotomisés. (*Brit, med. J.*, 24 novembre.)

Le nombre de cas isolés dont la relation est publiée par différents journaux commence à être assez considérable. Dans la plupart de ces cas, il faut bien le dire, l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

---

rais pourtant pas qu'elle finît par tenter quelque original épris de réalisme. Mais laissons l'art de côté : c'est de science qu'il s'agit.

Les chirurgiens n'assistent point aujourd'hui à une première tentative de l'emploi de l'air dans la guérison des maladies qui sont de leur ressort. Il n'y a pas encore si longtemps qu'on a tenté de substituer aux pansements longs, pénibles, coûteux et malpropres de jadis, la pure et simple projection d'air sur les plaies. Le banal soufflet, à un ou deux vents, dont on se servait dans ce but, n'était pas pour donner de l'éclat aux essais et faire triompher rapidement la méthode. Mais, de nos jours, avec une de ces coquettes installations que permettent de réaliser les jolis moteurs à pétrole et les dynamos élégants comme des bibelots, l'idée aurait peut-être fait fureur. Un réseau de fins conduits nickelés sillonnerait le plafond et courrait le long des murs des salles pour se terminer près de chaque lit par un robinet de forme artistique, facile à régler et donnant un jet d'air constant, régulier, frais ou tiède suivant la saison, parfumé au gré de chacun !

Il y aurait à craindre, pour la réussite du système (tellement est puissant et général le besoin de contradiction), qu'un cerveau jaloux ne prît une fois de plus le contrepied

C'est, d'ailleurs, le reproche qui peut être fait à M. Gee; sur les 9 cas dont nous parlons plus haut, l'examen bactériologique n'a été pratiqué qu'une fois.

Prix de l'année 1894

SERVICE DES EAUX MINERALES

1° Médailles d'or : M. Ferras (Bagnères-de-Luchon).

2° Rappel de médaille d'or : M. Tillot (Luxeuil).

3° Médaille d'argent : MM. Cathelineau (Paris), de la Garde (Bagnères-de-Bigorre), Messerer et Gasser (méd. aides-maj. de 1re cl. à l'hôp. d'Oran), Gabriel Pouchet (Paris).

4° Rappels de médailles d'argent : MM. Forestier (Aix-les-Bains), Heulz (La Bourboule), Lavielle (Dax).

5° Médailles de bronze : MM. Censier (Bagnoles), Emond (Mont-Dore), Mallat (Vichy) Paul Raymond (Paris), Roland (Divonne).

SERVICE DES EPIDEMIES

1° Médailles d'or : MM. Blanquinque (Laon), Durand (Marseillan, Hérault), Legée (Abbeville).

2° Rappels de méeailles d'or : MM. Chabenat (La Châtre, Indre), Fichot (Nevers), Fiessenger (Oyonnax), Lallemant (Dieppe), Pennetier (Rouen).

3° Médailles d'argent : MM. Bard (Lyon), Bertin (Nantes), Bunel (Paris), Gorez (Lille), Lang (Liverdun, Meurthe-et-Moselle), Lepage (Orléan), Liron, méd.-maj. (Fort-National), Mantel (Saint-Omer), Mathieu (Vassy, Haute-Marne).

4° Rappels de médailles d'argent : MM. André (Toulouse), Balestre (Nice), Dubrulle, méd.-maj. (Bourg), Pauthier (Senlis), Pedronp (Lorient), Tueffert (Montbéliard).

5° Médailles de bronze : MM. Alexandre, méd. vétérin. (Paris), Barrault (Paris), Bastioux (Landes), Bernard, méd.-maj. (Dijon), Berthelé, méd. princ. (Marseille), Charlier (Havre), Comte, méd.-maj. (Nancy), Courtet et Delaborde, méd. aides-maj. des hôp. (Tunisie), Courtet, méd. aide-maj., et Loir, dir. du lab. d'hist. (Tunisie), Delbecq (Gravelines, Nord), Delmas, méd. princ. (Poitiers), Dezautières (La Machine, Nièvre), Fournié, méd.-maj. (Paris), Grizou (Châlons-sur-Marne), Guiol (Toulon), Hoel (Reims), Huble, méd.-maj. (Nantes), Jaubert, méd. aide-maj. (Constantine), Jaubert (Aumale), Lacour,

---

de l'idée ressuscitée et ne fit revivre l'aspiration pneumatique en appliquant aussi à sa réalisation moderne les derniers progrès de l'industrie, accumulateurs riches et tubes d'aluminium.

Si l'emploi de l'air, pour les lésions extérieures pouvait paraître une bizarrerie, une utopie, une fantaisie de songe creux, presque une rêverie de poète, que dire de son utilisation pour les maladies dont le siège est dans les profondeurs mêmes de nos tissus et de notre organisme ! Quelque étrangeté que l'on y trouve, l'événement était de ceux qu'on doit prévoir ; il était de ceux qui ne peuvent pas ne pas se produire, et nous ne sommes qu'au début. On en verra bien d'autres.

L'injection de l'air dans le tube digestif n'était, dans ce genre, qu'un lever de rideau. Déchaîner une tempête dans l'instestin, y reconstituer la caverne d'Eole, y faire rugir *Eurus* et *Notus*, faire servir leurs puissantes poussées à dénouer les nœuds d'un volvulus, c'est faire, somme toute, plus de bruit que de besogne et causer, comme on dit, plus de peur que de mal. Et puis ce n'était qu'une muqueuse, et une muqueuse qui en a vu bien d'autres et ne passe pas pour une petite maîtresse.

Les séreuses se piquent d'une autre délicatesse. Elles ont de tout temps fait répandre

pharm. maj. (Le Mans), Lesueur (Bernay). Magnant (Gondrecourt), Malaingre (Chaumont). Morz. méd.-maj. (Lunel), Morisset et Mayer (Mayenne), Mougeot (Paris), Négadelle méd. princ. de la mar. (Brest), Vincent, méd. de 2e cl. de la mar., Olivier, méd.-maj. au 30e drag. (S.-Etienne), Prieur, méd.-maj. au 125e, Séjournet (Revin), Soulié (Alger), Tardère, méd.-maj. au 148e (Verdun), Trifaud, méd.-maj. (Narbonne), Toussaint, méd.-maj. (Ecole de Saint-Cyr), Vergely (Bordeaux).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

1° Médaille de vermeil : M. Faivre (Paris).

2° Rappel de médaille de vermeil : M. Bournet (Amplepluis, Rhône).

3° Médailles d'argent : MM. Augé (Reuilly, Indre), Baratier (Jeugny, Aube), Czajewski (Orléans), Doumic (Poissy, Seine-et-Oise), Gaudeffroy (Vatan, Indre).

4° Rappels de médailles d'argent : MM. Audouin, inspect. départ. (Périgueux), Barthès (Caen), Carassus (Milly, Seine-et-Oise), Coffignon (Marle, Aisne), Delobel (Noyon, Oise), Durand (Saint-Martin d'Auxigny, Cher).

5° Médailles de bronze : MM. Béretta (inspect. départ. à Amiens), Lehec (Châtillon-sur-Indre).

SERVICE DE LA VACCINE

I. Un prix de 1,500 fr., à partager de la façon suivante :

500 fr. à M. Antony (méd.-major), 400 fr. à M. Lombard (méd. aide-major, à Tiaret, Algérie), 300 fr. à M. Courrent (Tuchant, Aude), 300 fr. à M. H. Haneur (méd. de 1re cl. des colonies, au Tonkin).

II. Quatre médailles d'or : MM. Marchoux (méd. de 1re cl. des colonies, Cochinchine). A.-J. Martin, inspect. général du service de l'assainissement de la ville de Paris. M. A.-J. Martin a rendu un véritable service à la prophylaxie des maladies infectieuses et de la variole en particulier, en créant et organisant le service de l'assainissement. Dans l'épidémie variolique qui vient de se terminer, il a contribué pour une large part à l'extinction de cette épidémie. Simond (méd. de 1re cl. des colonies, Tonkin.) Emile Trifaud (méd.-maj. au 100e d'inf. à Narbonne, Aude).

III. Cent médailles d'argent aux docteurs en médecine, médecins militaires, vétérinaires et sages-femmes dont les noms suivent :

1° Docteurs en médecine. — MM. Baratier (Jérigny, Aube) ; Bertholle (Paris) ; Bizien

---

le bruit que l'air était leur ennemi mortel ; elles l'ont même prouvé en maintes circonstances et l'on sait quels gants il a fallu prendre pour les amener à une certaine résipiscence et leur faire accepter, sans trop de protestation, le contact momentané du fluide aborrhé. Comment vont-elles prendre la nouvelle tentative ? Quelle défense imagineront-elles ? Quelle protestation les verra-t-on formuler ?

Peut-être découragées par leurs premières défaites, se résigneront-elles purement et simplement à subir ce dernier affront. Je le leur conseillerai bien sincèrement, pour ma part, convaincu qu'elle ne gagneront rien à la résistance. Mais, si elles veulent lutter, s'incrire en faux contre ce qu'on prétend leur faire supporter à l'avenir, qu'elles se hâtent ; il n'est que temps, demain ce sera trop tard. La race insatiable des chirurgiens ne leur dennera pas le loisir de souffler et de reprendre haleine. Si le péritoine, à qui revient de droit l'honneur périlleux d'entamer et de soutenir le combat, y met trop de mollesse, les affaires seront perdues sans retour. Chacune des malheureuses cavités sera victimée à son tour. La vaginale est guettée déjà, j'en suis sûr. Qui pourrait affirmer qu'au moment où j'écris ces lignes, l'approche du soufflet ne lui a pas été irrémissiblement infligé. Les synoviales suivront de près. Si vous saviez, pour celle du genoux,

(Douarnenez, Finistère); Blayac (Paris); Bontemps (Jussey, Haute-Saône); Boquin (Autun); Camescasse (Saint-Arnoull, Seine-et-Oise; Cavasse (Vallauris, Alpes-Maritimes); Chabaud (Prades, Ardèche); Chapoy (Besançon); Chaumier (Tours); Ciaudo (Nice); Créquy (Paris); Crimail (Nantes); David (Espelette, Passes-Pyrénées); Denizet (Château-Landon); Deschamps (Montigny-le-Roi, Haute-Marne); Dezautière (La Machine Nèvre); Ducamp (Montpellier); Ducor (Paris); Dupérié (Agen); E. Dupuy (Grenoble); Duvernet (Paris); Fabre (Astaffort, Lot-et-Garonne); Feltz (Saint-Denis, Seine); Fougeron (Confolens, Charente); Gérodolle (Objat, Corrèze); Gidon (Cunlhat, Puy-de-Dôme); Gounand (Besançon); Guével (Pont-l'Abbé, Finistère); Hally (Champenoux, Meurthe-et-Moselle); Hervéon (Saint-Qnentin); Jaubert (médecin de colonisation, à Aumale, Algérie); Jenot (Dercy, Aisne); De Lacrousille (Périgueux); Lagarde (Montauban); Lamy (La Rochefoucault, Charente); De Lavergne (Confolens, Charente); Lequette (Liévin, Pas-de-Calais); Marcailhou-d'Aymeric (Blidah, Algérie); A. Martin (Cognac); Massina (au Boulou, Pyrénées-Orientales); Mazc (Le Havre); Mordagne (Tourny, Eure); Mordret (Le Mans); Morvan (Pleyben, Finistère); Perrachon (Paris); Quéré (Callac, Côtes-du-Nord); Rafinesque (Paris); P. Raymond (Paris); Ricord (Agen); Séjournet (Revin, Ardennes); De Valicourt (Philippeville, Algérie); Vivier (Angoulême); Wisard (Genève).

2° Médecins militaires. — André (106e d'inf.): Arnaud (méd. aide-major, Tunisie); Ausset (20e dragons); Cassedebat (1er zouaves); Cordillot (141e inf.); Courtois (55e inf.) Darbouet (20e dragons); Gerbault (Garde Républicaine); Hublé (dir. serv. santé 11. corps); Laurent (22e artill.); Maison (29e inf.); Martin (Frendah, Algérie); Marty (77e inf.); Merz (Lunel); Morer (11e dragons); Olivier (30e dragons); Reynaud (méd. princ. des col. Tonkin); Rigollet (méd. des col. Saïgon); Romain (Aurillac); Séguy (méd. mar. Toulon); Simon (Tunisie); Vachez (Algérie).

3° Vétérinaires. — Bérard (Angoulême); Mazeaux (Périgueux); Pourquier (Montpellier).

4° Sages-femmes. — Mmes Aernant Scheefer (Roubaix); Beulens (Roubaix); Bonnot (Narbonne); Burellier (Roanne); Carré (Aigurande, Indre); Carré (Chateaulin, Finistère); Chauffour (Miramont Lot-et-Garonne); Ciprandi (Saint-Denis-du-Sig, Algérie); Coutrix (Tulle); Debruine-Vermeirsh (Roubaix); Donnedieux (Pompadour, Corrèze); François (Nubécourt, Meuse); Gory (Chambon, Creuse); Klin (Sos, Lot-et-Garonne);

---

quelles craintes j'ai, et combien je les crois fondées. Puis, quand cela sera fait, quelles barrières, je vous le demande, la plèvre saura-t-elle opposer à l'élan des envahisseurs? L'arachnoïde et le péricarde tomberont ensuite comme des fruits mûrs.

Et ce sera comme une légende de moins...

Après l'hermine qui nous a menti pendant des siècles, l'endothélium avait conservé seul le droit à la fameuse devise : *Potius mori quam fœdari.* S'il tient à n'en pas être bientôt indigne à son tour, qu'il se hâte, l'heure presse ; il n'a plus une minute à perdre.

Que si la victoire trahit leur cause et s'il doit être un jour permis à l'air d'entrer dans les cavités splanchniques, comme Louis XIV au Parlement, botté et éperonné, il restera, à ceux qui ont gardé leur culte pieux, de se consoler par des chants doux et tristes. Il en est un qu'à peu de frais on adapterait à la circonstance et dont le refrain caresserait un espoir :

. . . .
Soufflez-lui de l'air dans le .. ventre,
Peut-être bien qu'on n'en meurt pas.

Lecorre (Antony, Seine); Louis (Plœmeur, Morbihan); J. Martin (Halluin, Nord); Mingeot (Bergerac); Odelin (Rostrenen, Côtes-du-Nord); Valerie Saint-Germain-les-Vergnes (Corrèze).

COURRIER

—

Hôpitaux de Paris. — La Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris a tenu, mercredi dernier, sa séance annuelle et les mutations suivantes ont été décidées. Deux places étaient vacantes, l'une à l'hôpital Beaujon, par la mise à la retraite de M. Léon Labbé, l'autre à Lariboisière par la nomination de M. Berger à la chaire de clinique de la Pitié.

C'est M. Lucas Championnière qui prendra probablement Beaujon, et M. Reynier Lariboisière. M. Prengrueber quitte la maison Dubois et prend le service de Tenon. M. Nélaton passe à Saint-Louis et M. Tuffier, chirurgien du Bureau Central, est nommé titulaire et demande la place de la maison Dubois, s'appuyant sur ce que M. le directeur de l'Assistance publique outre passe ses droits lorsqu'il déclare que le titulaire de cet hôpital sera remplacé par un chirurgien du Bureau Central. Tant que la maison Dubois existera, et ce sera peut-être plus longtemps qu'on ne le pense, les deux places de titulaires qui y existent doivent être maintenues suivant la logique et le bon droit.

M. Tuffier prenant le service de M. Prengrueber, à la Maison municipale de Santé, M. Picqué sera placé à Ivry.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur ci-après ont été décernées pour récompenser des actes de dévouement à l'occasion d'épidémies qui ont atteint l'armée :

Médaille d'or : Mme Voisin, en religion sœur Bernard, de l'ordre de Saint-Thomas-de-Villeneuve, attachée aux salles militaires de l'hospice mixte, à Aix.

Médaille d'argent : M. Gastinel, infirmier à la 15e section, hospice mixte d'Aix.

Médailles de bronze : MM. Traverse et Bonard, soldats au 3e régiment d'infanterie ; Delurue, soldat au 51e d'infanterie, et Chapon, cavalier au 10e chasseurs.

— On vient d'inaugurer dimanche à Montpellier un monument à la mémoire de Panchon, l'ancien directeur du jardin botanique de cette ville. La souscription avait été ouverte sur l'initiative de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault.

Planchon fut successivement professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nancy, professeur et directeur de l'Ecole de pharmacie de Monpellier. Il est l'introducteur en France des ceps américains. C'est au vainqueur du phyloxera que les viticulteurs reconnaissants de l'Hérault ont érigé ce monument.

Force de pénétration des nouveaux projectiles de guerre. — Il résulte de documents fournis au ministère de la guerre que les balles du fusil Lebel ont une force de pénétration telle, que l'on ne peut que difficilement recueillir les projectiles après les tirs, contrairement à ce qui avait lieu avec les anciens. Ainsi cette balle traverse les épaisseurs suivantes de terre rassise rapportée : 0 m. 60 à 100 mètres, 0 m. 52 à 500 mètres, 0 m. 37 à 1,000 mètres et 0 m. 16 à 2,000 mètres.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. J. Rochard : Hygiène. — II. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — III. Soins à donner aux sujets victimes d'accidents par l'électricité. — IV. Académie de médecine. — V. Courrier.

HYGIÈNE

—

Les inoculations prophylactiques dans les maladies infectieuses (suite)

La vaccination anticholérique a son histoire comme celle de la fièvre jaune et de la diphtérie. Ses débuts remontent à 1885 et ont eu lieu en Espagne. On se souvient sans doute qu'à cette époque ce pays était au début d'une épidémie de choléra plus meurtrière que toutes celles que nous avons subies, puisque sur une population officielle de 17 millions d'habitants, elle en a perdu 119,620. c'est-à-dire 7 pour 1,000, tandis que la plus forte mortalité que le choléra nous ait causée, celle de 1832, n'a pas excédé 3 pour 1,000 Le moment était opportun pour trouver un préservatif contre le fléau. C'est ce que pensa le docteur Jaime Ferran, de Tolosa, et nous apprîmes un jour qu'il se livrait avec zèle à la vaccination anticholérique, qu'on venait le trouver de tous les côtés et que les médecins eux-mêmes se soumettaient avec confiance à ses inoculations

Le docteur Ferran s'était fait connaître l'année précédente par ses recherches en bactériologie. Il pensait avoir decouvert le bacille du choléra et lui avait donné le nom de *Perinospora Ferrani*. Depuis il a reconnu qu'il était identique avec le bacille virgule, découvert par Koch en 1882. Il en obtint des cultures et les inocula à des cochons d'Inde et à des chiens ; puis après les avoir atténuées, il les injecta sur lui-même, sur sa famille et sur des médecins de ses amis. Il fit connaître ses expériences par un article publié dans *El Siglo medico* (1) et dans un mémoire qu'il adressa à l'Académie royale de Barcelone. Celle-ci nomma une commission de six membres (2) qui répéta les expériences et en fit l'objet d'un rapport tout à fait favorable dont lecture fut donnée à l'Académie le 11 mars 1885.

Lorsque l'épidémie de choléra éclata, M. Ferran pratiqua ses vaccinations sur une grande échelle, et c'est alors que nous en eûmes connaissance.

La méthode du docteur Ferran se présentait avec un caractère scientifique sérieux et comme une application nouvelle des doctrines de M. Pasteur ; cependant elle inspira quelques défiances et, pour savoir à quoi s'en tenir, le ministre du commerce, sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique, envoya sur les lieux une commission composée de M. le professeur Brouardel, président du comité, de MM. Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine et Albarran, interne des hôpitaux.

La commission partit de Paris le 27 juin 1885 ; elle était de retour huit jours après et, le 7 juillet, M. Brouardel remettait au ministre son rapport sur la mission dont le résultat avait été complètement négatif. M. Ferran

(1) *El Siglo medico*, n° de décembre 1884, p. 822.

(2) La Commission se composait des docteurs : L. Casseras, A. Bertran, J. Giné, E. Rocq, Sales-Rodriguez Mendez, rapporteur.

avait refusé de donner aux médecins français le moindre renseignement sur sa méthode, s'assimilant avec quelque cynisme à un industriel qui, ayant découvert un procédé avantageux, ne se croit pas forcé de le divulguer à ses confrères. Il faisait en effet payer ses vaccinations de 5 francs à 12 fr. 50, suivant la fortune de ses clients et, comme l'enthousiasme allait croissant avec les progrès de l'épidémie, que la foule assiégeait son domicile, il marchait rapidement vers la fortune.

Il laissa toutefois entrer la mission française dans le local où il opérait et dont elle constata le dénuement. Il n'y avait ni animaux pour les expériences, ni instruments pour les observations. Le liquide vaccinal, dont il se flattait de pouvoir préparer deux tonnes par jour, était louche, jaunâtre, trouble, et rappelait les vieilles cultures. Il le transportait dans un matras mal bouché, le versait dans la première tasse venue, sans prendre la précaution de la désinfecter ; Il l'aspirait avec une seringue munie d'une forte canule et en injectait 1 centimètre cube à chaque bras, sans prendre la précaution d'expulser l'air de la seringue ,ni de flamber la canule. Il pratiquait quatre vaccination à la minute.

Les médecins français, après s'être assurés le lendemain qu'aucun des opérés de la veille n'avait présenté d'accidents graves, partirent sans avoir pu contrôler les statistiques produites par les partisans de la méthode, attendu qu'il n'existe pas, en Espagne, de statistique sérieuse et sur laquelle on puisse compter. Dans le rapport qu'ils adressèrent au ministre (1), ils se montrèrent très réservés ; toutefois, après avoir évoqué le souvenir des hésitations de Jenner et de celles de M. Pasteur, lorsqu'il s'était agi de passer de la théorie à la pratique, après avoir insisté sur la nécessité de procéder, en pareil cas, avec rigueur et honnêteté, ils déclaraient que M. Ferran ne semblait pas avoir compris l'importance de ces principes et qu'il avait abandonné trop tôt le terrain des expérimentations et des études scientifiques, pour entrer dans ce qu'il appelait *la pratique*.

La Belgique avait confié la même mission au docteur E. Van Ermenghein de Bruxelles), et son rapport aux ministres de l'intérieur et de l'instruction publique se terminait par des conclusions analogues (2).

Le docteur Ferran ne laissa pas passer ces accusations sans y répondre et les réfuta une à une dans un ouvrage considérable qui a été traduit en français l'année dernière par le docteur E. Duhourcau, qui se porte garant de la bonne foi du médecin de Tolosa (3). Dans son livre, ce dernier se défend d'avoir tenu secrète la composition de son remède et invoque le témoignage de l'Académie de Barcelone, à laquelle il avait adressé son premier mémoire. Il répousse le reproche de précipitation, en rappelant qu'il a commencé par s'inoculer le vaccin à lui-même, puis à sa famille et à ses amis. Quant à sa conduite, à l'égard de la commission française, il en donne pour cause l'attitude agressive de ses membres et le caractère inqui-

(1) Rapport sur les essais de vaccination cholérique entrepris en Espagne par M. le docteur Ferran, présenté au ministre du commerce par MM. Brouardel, Charrin Albarran. Paris, 1885.

(2) Rapport du docteur Van Ermenghein (de Bruxelles) sur le système d'inoculation anticholérique du docteur Ferran. (*Moniteur belge*, journal oficiel, 13 juillet 1885.)

(3) *L'Inoculation préventive du choléra contre le choléra morbus asiatique*, par J. Ferran, avec la collaboration des docteurs A. Gimens et J. Pauli, traduit par le docteur E. Duhoureau (de Cauterets). Paris, 1893.

sitorial de leurs questions ; mais, en admettant contre toutevraisemblaance que nos confrères aient manqué aux lois de l'urbanité traditionnelle des gens de notre nation, cela n'enlève rien à la valeur des faits dont ils ont été témoins au domicile du docteur Ferran, ainsi qu'à l'hospice des Petites sœurs des pauvres et qui sont suffisants pour condamner non pas la méthode, mais la façon dont elle était appliquée.

Malgré la négligence qu'il y apportait, les inoculations du docteur Ferran avaient paru inoffensives aux médecins français ainsi qu'au docteur Ermenghein. C'était, du reste, l'opinion générale, et le ministre de l'intérieur. M. Romero-Robledo, qui les avait d'abord interdites, avait fini par les autoriser, en les plaçant sous la surveillance de l'Académie de médecine de Madrid, dont un membre devait assister aux opérations. Le docteur Ferran, mis à l'abri par ce contrôle, continuait paisiblement le cours de ses fructueuses vaccinations lorsque des accidents sérieux vinrent élever des doutes sur leur prétendue innocuité.

Il s'était rendu à Cambrils, petite localité maritime située entre Tortosa et Tarragone, dans laquelle le choléra avait éclaté au mois de septembre 1885, et il y avait pratiqué de nombreuses inoculations. Au moment où il y arriva, le fléau n'avait atteint que la ville basse et avait suspendu ses ravages. Du jour où commencèrent les vaccinations, il s'étendit à la ville haute, et on enregistra douze décès dont huit parmi les personnes qui avaient été inoculées. Il pouvait n'y avoir là qu'une simple coïncidence, mais ce qui fut bien autrement grave, c'est qu'on vit se produire des accidents locaux chez quelques-uns des opérés. Les faits furent portés à la connaissance du public par une lettre adressée de Cambrils au *Diario de Tarragono* et reproduite dans l'*Union médicale* (1). Au moment où la lettre partait, on avait, disait-elle, pratiqué l'amputation d'un bras à huit de ces malheureux et on avait coupé les deux bras à un neuvième. On devait pratiquer deux nouvelles amputations le lendemain.

Le docteur Ferran donne à tous ces faits le démenti le plus formel. Sur 1,300 inoculations faites à Cambrils, dit-il, il n'y a eu d'accidents locaux que chez une dizaine de sujets et c'était de simples phlegmons dont pas un n'a nécessité l'amputation. Il apporte à l'appui de son dire une protestation indignée de la population et une attestation du médecin de la localité, le docteur Pablo Riba (2). Plus de 150,000 injections, ajoute-t-il, ont été pratiquées par différents médecins avec la culture du bacille virgule, et on ne peut pas citer plus de cinquante cas de phlegmons au bras, et aucun d'eux n'a causé d'érysipèle, de suppuration diffuse, ni nécessité d'amputation.

Le docteur Ferran cite en faveur de sa méthode de nombreuses attestations de confrères, et invoque le témoignage que lui a rendu M. Chauveau, le 21 octobre 1892, à la Société de biologie (3).

Il résulte de cette attestation qu'on a été un peu sévère en France à l'égard du docteur Ferran ; mais l'opinion s'était faite d'après les rapports de M. Brouardel et la lettre de Cambrils publiée par l'*Union médicale*. Quoi

(1) *Union médicale*, 1885, n° 136, p. 553.

(2) Inoculation préventive contre le choléra morbus asiatique, par le docteur Ferran, loc. cit. p. 153.

(3) Compte rendu de la Société de biologie, séance du 21 octobre 1892, t. IV, n° 30, p. 773.

qu'il en soit, on ne songeait plus chez nous à la vaccination anticholérique, lorsque M. Gamaleïa reprit ces expériences à l'Institut Pasteur. Il parvint à inoculer les cultures du bacille cholérique à des cobayes, et à renforcer sa virulence en le faisant ensuite passer par le pigeon. Celui-ci succombe à l'inoculation, mais son sang renferme le bacille virgule et, après quelques passages, il est devenu tellement virulent qu'il suffit d'une ou deux gouttes pour tuer les pigeons et les cobayes. Ce virus si violent est sans effet sur les pigeons lorsqu'on leur a préalablement inoculé une culture ordinaire non virulente de choléra.

Le virus de passage, dit l'observateur russe, conserve encore son activité protectrice lorsqu'on a tué tous les microbes qu'il contient en le chauffant à 120 degrés pendant vingt minutes. Il en conclut qu'il la doit à une substance chimique analogue à celle qui procure l'immunité du charbon et qu'on peut le doser avec exactitude pour n'en inoculer que la quantité rigoureusement nécessaire. On trouve ici le reflet des découvertes que venaient de faire MM. Roux et Yersin, sur les *toxines*, et qu'ils avaient consignées dans leur premier mémoire. Les faits constatés par M, Gamaleïa furent communiqués à l'Académie de médecine, le 21 août 1888, par M. Pasteur.

Des recherches analogues ont été poursuivies depuis cette époque par de nombreux savants, parmi lesquels il faut citer Brieger, Westermann, Klemperer et Haffkine.

Brieger et Westermann ont cultivé le bacille dans des extraits d'organes riches en cellules et ont utilisé spécialement le thymus. Ils atténuaient la virulence par la chaleur portée à 80° et le refroidissement ultérieur dans la glace. Ils injectaient ce vaccin à des cobayes qui, après quelques inoculations, résistaient à des doses triples de virus mortel. Klemperer, dont les expériences ont été consignées dans l'*Union médicale* (1) pratique, comme on l'a vu, l'ingestion intra-péritonéale de bacilles virgules atténués par la chaleur chez des cobayes qu'il rend ainsi réfractaires au virus mortel. Il est parvenu également à conférer l'immunité aux animaux par l'injection sous-cutanée et par la voie gastrique. Enfin il a pratiqué sur l'homme des vaccinations dont il a été rendu compte dans ce journal.

Haffkine est le médecin dont les expériences ont eu le plus de retentissement. Il a commencé également par agir sur le cobaye, en injectant dans son péritoine des cultures sur gélatine nutritive préalablement atténuées par leur mélange avec du bouillon nutritif et l'exposition de celui-ci à l'air. On le conserve en le semant tous les deux ou trois jours dans un autre bouillon.

Après s'être assuré de l'activité préservatrice de son produit, Haffkine se l'est inoculé à lui-même, puis à trois autres personnes qui ont bien supporté ensuite le virus fort. Il avait fait ces expériences à l'Institut Pasteur, et lorsqu'il a été sûr du résultat, il s'est rendu dans l'Inde pour y opérer en grand. Tout récemment, il a inoculé, dans les environs de Calcutta, 116 indigènes qui ont tous été préservés, lorsque le choléra s'est déclaré dans la région, tandis que sur les 74 habitants qui n'ont pas été vaccinés, 10 ont été atteints et 7 sont morts. La municipalité de Calcutta, en présence de ce

(1) *Union médicale*, numéro du 25 février 1893, p. 284.

succès, a résolu de subventionner, pendant deux ans, ces expériences d'inoculation et de créer plus tard un Institut pour développer l'application de la méthode. Aujourd'hui le docteur Haffkine parcourt l'Inde, en pratiquant ses inoculations avec le concours des officiers anglais qui s'y prêtent volontiers, et qui sont imités par leurs soldats.

Il résulte de l'ensemble de ce travail que les prévisions de M. Pasteur se réalisent et que les inoculations préservatrices gagnent chaque jour du terrain dans le domaine des maladies infectieuses. C'est une thérapeutique nouvelle dont les agents diffèrent essentiellement de ceux de la matière médicale. Ils sont variables, fragiles, et échappent à l'analyse. Elaborés dans l'organisme vivant, ils n'ont d'autre réactif que lui, et on entrevoit, dans l'avenir, des déceptions fréquentes, des fraudes faciles, peut-être des crimes impunis. Les médecins doivent en être prévenus pour se tenir sur leurs gardes, mais il ne faut pas s'en exagérer les dangers et la science qui élabore ces mystérieux agents, découvrira sans nul doute les moyens d'en reconnaître et d'en dévoiler les sophistications.

Jules Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre. — Présidence de M. Ferrand.

Si le rôle que peuvent jouer dans la production de certaines pneumonies les lésions des pneumogastriques a été entrevu par M. Fernet, les observations concluantes, il faut bien le dire, sont assez rares en France ; on n'en trouve que trois (Hanot, Talamon, Déjerine). A l'étranger, au contraire, elles sont plus nombreuses, et l'on désigne l'affection sous le nom de *pneumonie du vague*.

Dans le cas que rapporte aujourd'hui M. Hanot, le rôle des lésions du pneumogastrique est indiscutable. Il s'agit d'une pleuro-pneumonie droite avec névrose et suppuration du poumon consécutive à un épithélioma bronchique avec cancer secondaire des ganglions et compressions du pneumogastrique droit. Les examens bactériologiques n'ont malheureusement pas pu être pratiqués.

Revenant sur les citations d'auteurs étrangers qu'il avait faites dans une précédente séance, à propos de l'*appendicite*, M. Mathieu expose ensuite la doctrine thérapeutique de Sonnenburg, dont il a déjà parlé. Sonnenburg pense qu'il faut toujours, dans l'appendicite, intervenir chirurgicalement et intervenir vite ; on ne sait jamais, en effet, ce que deviendra une appendicite médicalement traitée ; de plus, en intervenant de bonne heure on évite les difficultés quelquefois extrêmes qui résultent de la formation de fausses membranes masquant l'appendice. Sur 57 cas d'appendicite simple, sans péritonite généralisée, Sonnenburg a rencontré 52 fois une appendicite perforative avec suppuration. Ce chiffre indique la fréquence considérable de la perforation et de la suppuration. Roux, de Lausanne, avait déjà signalé 46 cas de perforation sur 47 cas d'appendicite.

Quand la suppuration existe, la guérison peut néanmoins succéder à l'emploi de moyens médicaux.

Mais Sonnenburg met en doute la guérison absolue. En effet, sur 80 cas qu'il a opérés, 20 fois il s'agissait de rechutes ou de récidives. Toutes les fois que le malade garde dans sa fosse iliaque un empâtement, une induration, il ne doit pas être consi-

déré comme guéri. Ce malade, au contraire, doit être surveillé et il faut être prêt à intervenir au besoin.

Après l'intéressante communication que M. Moizard a faite dans la dernière séance sur la sérothérapie de la diphtérie et qui avait recueilli les applaudissements de la Société (d'autant plus précieux, comme le fait remarquer M. Le Gendre, qu'ils sont plus rares et plus réservés), il appartenait à ceux qui ont déjà pu apprécier la méthode d'apporter le résultat de leurs observations et les remarques que leur a suggérées l'examen attentif des cas qu'ils ont eu à traiter. Ce sont, il faut le dire bien haut, ces observations et ces remarques qui établiront la valeur réelle de la sérothérapie ; la méthode est jugée ici avec le sens clinique et l'impartialité qui semblent manquer complètement ou à peu près, dans le pays où elle a pris naissance. De telle sorte que, née en Allemagne, c'est en France qu'elle recevra sans doute sa sanction définitive, grâce en particulier aux travaux de la Société médicale des hôpitaux.

C'est M. Le Gendre qui a inauguré, à l'hôpital Trousseau, la sèrothérapie de la diphtérie.

N'ayant conservé le service que douze jours, il n'a traité que 21 malades suspects de diphtérie. Malgré sa faiblesse, ce chiffre n'est pas à dédaigner, car il reproduit toutes les divisions de la statistique des 231 cas observés par M Moizard.

Sur ces 21 cas ayant les apparences cliniques de la diphtérie, dit M. Le Gendre, il y a eu seulement 17 diphtéries vérifiées par la culture et l'examen miscroscopique. Sur ces 17 cas authentiques, il faut déduire un croup mort sur la table d'opération au moment de son entrée, avant d'avoir reçu le sérum. Restent donc 16 diphtéries traitées ; elles ont donné 2 décès (1 croup avec broncho-pneumonie, 1 angine avec accidents cardiaques). Mortalité 12,5 pour 100, presque identique à celle de M. Moizard. Si j'ajoute 2 cas traités en ville et guéris, j'aurai, sur 18 cas, 2 décès, soit une mortalité d'environ 11 pour 100.

Sur 6 croups 3 ont guéri sans opération, contre toute attente. Il n'est pas douteux qu'ils doivent au sérum de n'avoir pas été opérés, car si, de tout temps, on a signalé des croups confirmés, avec tirage permanent et accès réitérés de suffocation, ayant guéri sans opération, ces faits ont toujours été exceptionnels, et la triple répétition d'une telle exception en si peu de jours serait vraiment trop extraordinaire.

Trois croups ont été trachéotomisés et ont guéri avec une rapidité remarquable. Je pense donc qu'on ne doit pas abandonner la trachéotomie, comme on l'a proposé, puisque, grâce au sérum, elle devient une opération à suites beaucoup plus simples et rapides. Le tubage, qu'on voudrait lui substituer, est passible d'une grave objection dans la pratique : le danger de l'obstruction instantanée du tube par une fausse membrane, danger qui ne peut jamais être prévu et qui menace l'intubé d'une mort rapide si le tube n'est pas aussitôt enlevé. D'où la nécessité absolue pour le médecin de rester en faction auprès de son malade.

Presque toujours, il y a une élévation de température après l'injection du sérum ; cette élévation persiste de quelques heures à quarante-huit heures ; elle semble se produire moins rapidement et moins brusquement dans les formes associées que dans la diphtérie pure.

Il existe des accidents éventuels post-sérothérapiques apparaissant 15 à 20 jours après l'injection de sérum et pouvant durer 4 à 8 jours. Outre les érythèmes, on peut observer des vomissements réitérés, des gardes-robes diarrhéiques et fétides, une élévation thermique, de la dépression ou de l'excitation, de la phosphaturie, de l'urobilinurie.

Ces accidents paraissent d'une fréquence très variable suivant le cheval qui a fourni le sérum. Aussi sera-t-il très utile de savoir quels seront, parmi les cent et quelques chevaux déjà immunisés et dont le sérum sera mis en circulation dans quelques jours

dans toute la France, ceux dont le sérum peut donner lieu à des accidents post-sérothérapiques.

L'injection du sérum ne prévient pas nécessairement les accidents post-diphtériques tels que les paralysies et la néphrite. J'ai soigné une petite fille de cinq ans qui, dix jours après être sortie du pavillon Bretonneau et considérée comme guérie, est rentrée dans le service avec une paralysie du voile du palais et une néphrite si grave qu'elle a failli succomber.

L'injection du sérum ne fait pas disparaître toujours les bacilles de la diphtérie. En effet, dans le cas dont je viens de parler, ils existent encore aujourd'hui — 75 jours après l'inoculation — dans la salive. Ils ont, il est vrai, perdu leur virulence pour le cobaye.

Au moment où tous les praticiens vont avoir à discrétion le sérum antidiphtérique, il est, je crois, prudent d'insister sur ce fait qu'il s agit d'une substance médicamenteuse dont l'étude physiologique expérimentale sur les animaux n'a pas encore été poussée assez loin pour qu'il soit possible d'en affirmer l'absolue innocuité et d'en réglementer la posologie chez l'homme. L'avenir seul, et une observation prolongée des malades inoculés pouvant combler cette lacune regrettable, les médecins devront user du sérum avec discrétion et ne pas se laisser pousser par les familles à en injecter des doses excessives ni trop précipitées. Je ne me résoudrai, pour ma part, à en injecter, sauf en cas de danger imminent et surtout de croup, que lorsque le diagnostic bactériologique sera établi. Je n'en injecterai pas préventivement, car c'est seulement en cas de diphtérie prouvée que je me crois le droit de mettre en balance un danger certain et un danger hypothétique.

On a commencé, cependant, à étudier expérimentalement *l'action du sérum antidiphtérique sur les animaux*. M. Roger vient donner les premiers résultats de cette étude. M. Charrin et lui ont injecté à un grand nombre de lapins des doses de 3 à 5 mc. de sérum. Les animaux n'ont pas maigri, ils n'ont pas eu de fièvre, mais on a noté de notables modifications des urines : polyurie, augmentation de la densité, augmentation de l'urée (2 à 4 fois plus abondante), augmentation des phosphates (6 à 10 fois plus abondants), diminution des chlorures ; pas d'albumine.

Si l'on injecte la même quantité de sérum à des lapins déjà malades, même légèrement, n'ayant par exemple qu'une petite suppuration locale, les effets généraux sont tout autres : les animaux maigrissent rapidement, ne mangent plus, tandis que la quantité de leurs urines diminue considérablement. Les modifications urinaires sont analogues à celles que l'on observe chez des lapins sains, mais plus prononcées encore ; de plus, la peptonurie est assez fréquente.

M. Lebreton prend ensuite la parole pour donner simplement, en attendant une communication plus détaillée, les résultats que lui ont donnés trois mois de sérothérapie à l'hôpital des Enfants. Sur 242 malades, il a eu 28 décès ; soit 11,66 p. 100.

Si l'on ne comptait pas les cas de mort avant 24 heures de séjour à l'hôpital, la mortalité n'aurait été que de 8 p. 100. 23 trachéotomies ont donné 8 décès (34,77 p. 100). Le tubage a donné des résultats très encourageants ; 48 intubations, 14 décès (29,1 p. 100).

On ne fait aucun traitement local ; deux lavages par jour avec une solution de 50 cc. de liqueur de Labarraque par litre d'eau.

M. Sevestre, qui a actuellement le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, a observé des résultats analogues jusqu'ici à ceux que l'on a rapportés. Mais, depuis quelques jours, les cas de diphtérie sont beaucoup plus nombreux et plus graves ; on peut craindre à bref délai un encombrement dangereux ; dans la seule journée de jeudi, 14 diphtériques sont entrés à Trousseau. Si les résultats sont moins beaux ce

n'est point à la méthode qu'il faudra s'en prendre, mais à une organisation défectueuse.

La séance se termine sur une observation de *morphinomanie guérie par la suppression brusque*, rapportée par M. Duflocq, et par la présentation de pièces anatomiques provenant d'un jeune chien chez lequel MM. Ballet et Enriquez avaient produit un *goitre expérimental* par des injections sous-cutanées de suc thyroïdien.

Soins à donner aux sujets victimes d'accidents par l'électricité

—

(*Instructions de l'Académie de médecine*)

Le ministère des Travaux publics a demandé à l'Académie une instruction relative aux soins à donner aux victimes des accidents qui peuvent se produire dans les usines électriques et sur le parcours des fils conducteurs.

La demande ministérielle a été renvoyée à une commission composée de MM. Bouchard, d'Arsonval, Laborde et Gariel. Ce dernier, désigné comme rapporteur, a présenté à l'Académie, dans la dernière séance, un rapport concluant par les instructions ci-après que voici :

L'orsqu'un individu est victime d'un accident dû au contact de conducteurs d'électricité ou de machines génératrices, le contact peut exister encore lorsque les secours arrivent, ou le contact peut avoir cessé.

Dans le premier cas, des précautions particulières doivent être prises pour faire cesser le contact, sans que les personnes qui interviennent puissent être victimes également.

S'il est possible, il convient de faire cesser immédiatement le fonctionnement de la machine génératrice. Si ce n'est pas possible, on interrompra le courant en coupant le conducteur avec des instruments dans lesquels la partie tranchante sera séparée du manche par des parties isolantes ; ou bien encore, on établira la mise à terre ou une dérivation à l'aide d'un conducteur de faible résistance, qui diminuera l'intensité du courant dans la partie où la victime est en contact avec le conducteur principal.

Ces remarques sont signalées à titre d'indication seulement ; elles devront être précisées par la commission technique spéciale instituée par le Ministre des travaux publics.

En ce qui touche les instructions relatives aux premiers soins à donner aux foudroyés, victimes des accidents électriques, la commission propose les mesures suivantes :

On transportera d'abord la victime dans un local aéré, où l'on ne conservera qu'un petit nombre d'aides, trois ou quatre, toutes les autres personnes étant écartées.

On desserrera les vêtements et on s'efforcera le plus rapidement possible de rétablir la respiration et la circulation.

Pour rétablir la respiration, on peut avoir recours principalement aux moyens suivants : la traction de la langue et la respiration artificielle.

1° *Méthode de la traction rythmée de la langue.* — Ouvrir la bouche de la victime et, si les dents sont serrées, les écarter en forçant avec les doigts ou avec un corps résistant quelconque, morceau de bois, manche de couteau, dos de cuiller ou de fourchette, extrémité d'une canne.

Saisir solidement la partie antérieure de la langue entre le pouce et l'index de la main droite, nus ou revêtus d'un linge quelconque, d'un mouchoir de poche, par exemple (pour empêcher le glissement) et exercer sur elle de fortes tractions répétées, successives, cadencées ou rythmées, suivies de relâchement, en imitant les mouvements rythmés de la respiration elle-même, au nombre d'au moins vingt par minute.

Les tractions linguales doivent être pratiquées sans retard et avec persistance durant une demi-heure, une heure et plus.

2° *Méthode de la respiration artificielle.* — Coucher la victime sur le dos, les épaules légèrement soulevées, la bouche ouverte, la langue bien dégagée.

Saisir les bras à la hauteur des coudes, les appuyer assez fortement sur les parois de la poitrine, puis les écarter et les porter au-dessus de la tête, en décrivant un arc de cercle; les ramener ensuite à leur position primitive sur les parois de la poitrine.

Répéter ces mouvements environ vingt fois par minute, en continuant jusqu'au rétablissement de la respiration naturelle.

Il conviendra de commencer toujours par la méthode de la traction de la langue en appliquant en même temps, s'il est possible, la méthode de la respiration artificielle.

D'autre part, il conviendra concurremment de chercher à ramener la circulation en frictionnant la surface du corps, en flagellant le tronc avec les mains ou avec des serviettes mouillées, en jetant de temps en temps de l'eau froide sur la figure, en faisant respirer de l'ammoniaque ou du vinaigre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1895

Les concours seront clos fin février 1895.

Prix de l'Académie. — 1000 fr. — Question : Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 fr.— A l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barbier. — 2000 fr. — A celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Prix Henri Buignet. — 1500 fr. — A l'auteur du meillenr travail, manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr. — A l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Adrien Buisson. — 10500 fr. (Triennal). — A l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron.— 1200 fr. — Question : Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.

Prix Civrieux, — 800 fr. — Question : Des obsessions en pathologie mentale.

Prix Chevillon. — 1400 fr. — A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Daudet. — 1000 fr. — Question : Du myxœdème.

Prix Desportes. — 1,300 fr. — A l'auteur du meilleur travail thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1895.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1896.

Une somme de 1,500 fr. sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier. — 3,000 fr. (Triennal). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1,000 fr. — Question : Hygiène de la peau pendant la première enfance.

Prix Laborie. — 5,000 fr. — A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laennec. — 1,000 fr. — Question : De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.

Prix Laval. — 1,000 fr. — A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis. — 4,000 fr. (Triennal). — Question : Etude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.

Prix Mège. — 900 fr. (Triennal). — Question de la pathogénie des myocardites.

Prix Meynot. — 2,600 fr. — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 fr. — Destinés à subventionner des missions scientifiques d intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Prix Nativelle. — 300 fr. — A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1,000 fr. — A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. (Médecine.)

Prix Perron. — 3,800 fr. (Quinquennal). — A l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal — 6'0 fr. — Question : Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.

Prix Pourat. — 1,200 fr. — Question : Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.

Prix Philippe Ricord. — 6)0 fr. (Bisannuel). — A l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. — 700 fr. — Au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1896

(Les concours seront clos fin février 1896)

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. — Question : Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.

Prix Amussat, Alvarenga de Piauhy. — (Voir plus haut les conditions du concours).

Prix Baillarger. — 2,000 fr. (Bisannuel). — A l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Prix Saint-Paul. — 25,000 fr. — A la personne qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la diphtérie.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacré à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux

ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Stanski. — 1,800 fr. (Bisannuel.) — A celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

(*A suivre.*)

COURRIER

Concours d'agrégation. — Le bruit circule que le concours d'agrégation de chirurgie va être cassé par le conseil d'Etat. On sait que la même nouvelle circulait pour le concours d'agrégation de médecine et qu'il n'en a rien été. Il est en effet difficile de revenir sur des faits qui se sont passés il y a bientôt trois ans et quoique, paraît-il, tous les docteurs reçus depuis cette époque par les agrégés nommés au concours de 1892 n'auraient eu rien à souffrir de la cassation du concours, nous persistons à croire que rien ne sera changé à l'ordre de choses actuel. C'est dans deux mois, nous dit-on, que la question sera résolue par le conseil d'Etat.

Médaille d'or (médecine). — Le concours de la médaille d'or (médecine) s'est terminé de la façon suivante :

Médaille d'or : M. Gouget ;

Médaille d'argent : M. Besançon (Fernand) ;

Mention : M. Durante.

La question écrite a été : anatomie, histologie et pathologie des capsules surrénales. La question orale a été : de la mort dans le diabète.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Rauzé, agrégé, est maintenu comme chargé d'un cours de pathologie médicale.

M. le docteur Bertin-Sans est maintenu dans les fonctions de chef des travaux de physique.

M. Mairet, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses, est nommé doyen de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Fromont est institué prosecteur.

M. Bédart, agrégé, est chargé des fonctions de chef du laboratoire des cliniques.

M. le docteur Masset est institué chef de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé est accordé à M. Deroide, agrégé, et à M. Lagoutte, prosecteur.

— Le banquet annuel des médecins du bureau central des hôpitaux aura lieu le jeudi 20 décembre au restaurant Durand, place de la Madeleine à 7 heures et quart.

— Le Conseil de surveillance a émis un avis favorable à la création dans chacun des deux hôpitaux d'enfants, l'hôpital des Enfants malades et l'hôpital Trousseau, d'une place supplémentaire de médecin pour le service spécial du pavillon de la diphtérie.

Laënnec devant ses contemporains. — Dans une curieuse étude sur Laënnec, publiée par *La Loi médicale*, M. le docteur A. Roussel raconte une anecdote tirée de mémoires du temps.

Très royaliste, très religieux, très clérical, comme nous dirions aujourd'hui, Laënnec, autant à raison de ses opinions que de son talent, avait une clientèle des plus aristocratiques. En tête de son ouvrage capital, le premier titre qui suit son nom est celui de *Médecin de S. A. R. Madame la duchesse de Berry* Etait-il donc aimé et apprécié de ce grand monde, comme il le méritait ? Il semble que non, et cela nous console un

peu de l'ingratitude des épiciers que nous sommes appelés à soigner. Une lettre de Mme de Châteaubriand, récemment publiée, parle de Laënnec avec la plus admirable désinvolture. « Notre petit *secco*, dit Laënnec, est parti pour son pays de Quimper ; il n'a dit adieu à personne, mais il a envoyé son mémoire à tout le monde. Je pense qu'il ne reviendra pas. Enfin, j'ai pris le parti de me porter à merveille et suis décidée à n'avoir plus d'autre médecin que le bon sens et de médecine que le lait d'ânesse. » Voyez-vous cela ?

— Le *New York Herald*, à l'exemple du *Figaro*, a ouvert une souscription publique à l'effet de fournir le sérum antidiphtérique aux hôpitaux de New-York. La première journée de souscription a donné la somme respectable de 100,000 francs.

Obstétrique égyptienne. — On a découvert, paraît-il, sur un papyrus, une note indiquant comment chez les Egyptiens on pronostiquait la marche de l'accouchement. Les anciens gynécologistes de ce pays cherchaient, par des frictions, à provoquer des contractions réflexes de certains muscles. De l'énergie de ces contractions ils concluaient à celle du muscle utérin.

— Des concours s'ouvriront le 17 juin 1895 : 1° devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole de médecine de Caen ; 2° devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Dijon.

— Le Conseil municipal a émis le vœu que le nom de Pasteur soit donné à la rue d'Ulm.

Il a adopté en outre une proposition de M. Lampué tendant à allouer à l'Ecole normale supérieure une subvention de 1,500 francs pour l'érection d'un buste au grand savant.

La disgrâce du docteur Hirsch. — On mande de Saint-Pétersbourg, au *Berliner Tageblatt*, que le docteur Hirsch, « chirurgien ordinaire de Sa Majesté Impériale », a été destitué et que l'assistant du professeur Zacharine, le docteur Popoff a été nommé à sa place.

Ces deux ukases auraient été publiés aussitôt après le décès d'Alexandre III. Ainsi le dernier bulletin de la santé du tsar portait comme signature : « Hirsch, chirurgien ordinaire de Sa Majesté » et « docteur Popoff », tandis que le diagnostic de la maladie du feu tsar qui, d'après la loi, doit être dressé par les médecins ayant soigné le malade, pour être remis aux archives impériales était signé : « Hirsch, chirurgien honoraire de Sa Majesté » et « professeur Popoff ».

Le public, dit notre correspondant, n'a peut être pas pris garde à ce changement, mais le monde médical russe s'en est fort ému. Aussi le bruit de la tentative de suicide du docteur Hirsch n'est pas tout à fait dénué de fondement.

Il paraît qu'il se serait tiré un coup de revolver qui ne lui aurait fait, du reste, qu'une légère blessure. Mais il est plus que probable que le médecin tombé en disgrâce devra quitter pour toujours son magnifique logement dans le palais Attischkoff.

(*Revue internationale de médecine et de chirurgie pratique*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. L'*Union médicale* en 1895. — II. Bulletin. — III. Revue de la presse étrangère. — IV. Revue des travaux bactériologiques. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences ; Académie de médecine. — VI. Courrier.

« L'UNION MÉDICALE » EN 1895

L'*Union médicale* achève sa quarante-neuvième année. Pendant cette longue période, elle a vu naître et mourir bien des feuilles comme elle, d'autres se transformer, lutter pour la vie, passer de mains en mains.

L'incroyable pullulation des journaux, les changements que le temps apporte à nos habitudes scientifiques et professionnelles, ont modifié profondément les conditions matérielles du journalisme, ses aspirations, ses tendances. On n'y écrit plus de la même encre, on n'y cause plus sur le même ton avec ses lecteurs. On est plus froid et plus guindé, moins discuteur ; la critique a fait place au reportage à outrance, à l'information mal digérée.

Tout n'est pas vice dans cette évolution. Si l'*Union médicale* a gardé quelques vieilles habitudes, si même elle veut revenir à certains procédés qui rendaient les journaux plus variés, plus intéressants, d'autre part elle n'ignore pas qu'il faut savoir accepter certaines formes et satisfaire aux exigences de son temps. Aussi va-t-elle inaugurer, avec l'année qui vient, un mode de publication tout nouveau.

Le lecteur, notamment, veut être servi à très bon marché. L'*Union médicale* de 1895 ne coûte presque rien : 5 francs par an. Elle devient hebdomadaire, grandit son format, renouvelle ses caractères. Dirigée par MM. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et Richardière, médecin des hôpitaux de Paris, elle donne une place égale aux hardiesses de la chirurgie moderne et aux magnifiques progrès accomplis par la médecine en pathologie générale, en thérapeutique, en hygiène. Elle garde pour rédacteur en chef Eugène Rochard, chirurgien des hôpitaux, dont l'intelligente activité lui a valu, depuis deux ans, de précieuses adhésions et d'unanimes encouragements.

L'*Union médicale* veut suivre le mouvement contemporain sans obéir aveuglément à la mode, et revêtir dès maintenant la forme sous laquelle elle fêtera son cinquantenaire.

L.-Gustave Richelot.

BULLETIN

Quoiqu'un grand nombre de nos lecteurs ne soient pas Parisiens, ils ne nous en voudront certainement pas de les entretenir de quelques sujets ayant trait aux hôpitaux de la Capitale.

C'est ainsi que nous sommes en mesure d'annoncer, que dès que le budget de l'Assistance publique aura été voté par le Conseil municipal, les réformes hospitalières proposées par la Direction de l'Assistance publique seront mises en vigueur. C'est-à-dire qu'à partir du 1er avril, le bureau central, cette vieille consultation du Parvis Notre-Dame, qui du reste n'a plus sa raison d'être, disparaîtra. Il sera remplacé par des centres hospitaliers pour chaque quartier. Là, seront des consultations faites par des médecins qui n'auront que cette fonction, et qui seront appointés par l'Assistance publique.

Les assistants seront aussi créés d'une façon officielle, Ils seront reconnus par l'Assistance publique. Leurs fonctions seront enfin bien définies. Bien d'autres points de moindre importance sont visés dans le projet, et nous nous proposons d'en reparler plus tard. Nous émettons pourtant un vœu, c'est que la Direction de l'Assistance publique tienne la main à ce que les différentes mesures prises soient exécutées. Il ne suffit pas d'avoir des règlements, il est même inutile d'en faire, si on ne veille pas à leur mise en vigueur.

Ceci dit, faisons comme notre confrère de la *Gazette des hôpitaux*, et parlons du procès qui se déroule en ce moment devant la première chambre du tribunal civil.

Voici les faits :

La veuve D... réclame à l'Assistance publique la somme de 80,000 francs, à titre de dommages et intérêts, à raison de la mort de son mari survenue à l'hôpital de la Pitié, dans les circonstances suivantes :

Le nommé D..., camionneur de son état, était entré à l'hôpital pour se faire enlever un kyste synovial de la main gauche. La mort survint au cours de l'anesthésie chloroformique.

Il est curieux de voir l'avocat de la veuve parler chirurgie et discuter sur la nécessité de l'anesthésie. La constitution vigoureuse, robuste de M. D..., nous dit notre bon avocat, aurait dû empêcher d'y recourir.

Vraiment ! Ceci est déjà bien intéressant pour les gens du métier; mais où la chose devient plus bizarre, c'est quand on reproche au chirurgien d'avoir commis une grande faute en confiant à « un simple interne » le soin d'administrer le chloroforme.

Un simple interne ! L'avocat qui parle ainsi n'a probablement pas dans sa famille quelqu'un ayant vu de près ou de loin le concours de l'internat! ou en tous cas il s'est bien mal renseigné sur ce qui se passe dans les hôpitaux ; car on n'a pas l'habitude d'aller chercher un membre de l'Académie de médecine pour endormir un malade. C'est un interne qui doit donner le chloroforme et cet anesthésique est ainsi en de fort bonnes mains.

Un malheur peut arriver à tout le monde, et il n'y aura plus de chirurgie possible le jour où on viendra reprocher au chirurgien d'avoir perdu un malade.

Du reste, ces faits sont déjà anciens, datent de près de trois ans, et nul

doute pour nous que l'Administration de l'Assistance publique ne gagne son procès.

Mais il est encore un point sur lequel insiste la *Gazette des hôpitaux* et que nous voulons mettre en lumière. Ce sont les théories invoquées par l'Administration de l'Assistance publique pour sa défense.

« Si nous en croyons, dit la *Gazette des hôpitaux*, les comptes rendus qui nous sont parvenus, la thèse du défenseur de l'Assistance publique est que : l'Administration ne saurait être rendue responsable des négligences qu'aurait commises le service médical, attendu que « ce service ne dépend pas d'elle ».

Cette thèse étrange, inspirée évidemment par l'Administration à l'avocat chargé de sa défense, nous montre bien l'esprit qui règne avenue Victoria.

La théorie est fausse, d'ailleurs. Nous avons, devant nous, une lettre administrative, adressée à un chirurgien, où nous pouvons lire : JE vous ai désigné pour... en remplacement de M. X... à qui J'AI accordé un congé... Veuillez vous rendre à... » Ne sont-ce pas les termes qu'emploie un administrateur vis-à-vis d'un de ses subordonnés ? Et si l'Administration a laissé tomber en désuétude les règlements dont elle est armée, est-ce que ces règlements en existent moins ? Singulière administration ! Singuliers procédés ! Travaillez, donnez votre temps et votre peine, pour qu'à un moment pénible on vous renie en disant ne pas vous connaître ! Aussi il y a bien longtemps que tout esprit de solidarité a disparu de l'Administration, chacun y tire de son côté... »

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

Contribution à la chirurgie des calculs biliaires. — L'étude de cette question est trop à l'ordre du jour pour que nous ne donnions pas ici les conclusions d'un travail de *Kehr* qui s'appuie sur 81 opérations qu'il a pratiquées dans 53 cas au cours des trois dernières années et demie. Sur 36 malades chez lesquels il a pratiqué la cholécystotomie, en un ou deux temps, il n'a eu aucun décès. La production d'une fistule biliaire n'est pas une opération dangereuse. Dans tous ces cas il a obtenu la guérison. Une seule fois a persisté une fistule, mais si peu désagréable que la malade ne s'en préoccupait aucunement.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes:

1° Il faut opérer pour les calculs biliaires. Il est très important que les opérations soient faites de bonne heure.

2° Bien des patients ne devraient pas être dirigés sur Carlsbad, mais sur une clinique chirurgicale.

3° Le praticien ne doit pas différer trop longtemps l'opération.

4° La marche de la maladie et l'intensité de la douleur rendent souvent l'intervention nécessaire.

5° L'opération peut devenir indispensable, alors même qu'il n'y a pas d'ictère, pas de tuméfaction de la vésicule ; pas de gonflement du foie ; il n'est pas non plus nécessaire que la douleur revête le caractère de la colique hépatique classique.

6° Dans les troubles stomacaux de vieille date (tels que la dilatation de l'estomac, et surtout les soi-disantes crampes d'estomac), on ne doit pas perdre de vue la possibilité

des calculs, aussi bien que celle d'une hernie de la ligne blanche. Un certain nombre de malades sont traités pour des tumeurs de l'estomac.

7° L'appendice en forme de langue de Riedel existe dans un certain nombre de cas d'hydropisie de la vésicule ; on les prend assez souvent pour un déplacement du rein droit.

8° La colique hépatique est fréquemment le résultat de l'inflammation de la vésicule biliaire, et l'ictère qui l'accompagne est dû à la tuméfaction de la muqueuse des conduits biliaires.

9° Les adhérences, surtout celles qui existent entre la vésicule et le pylore, produisent des pseudo-coliques, bien que les calculs, point de départ des troubles, aient passé depuis longtemps.

10° Pour retirer les calculs de la vésicule, la cholécystotomie suffit, et si la technique est bonne il ne restera pas de fistule.

11° Les adhérences seront libérées aussi bien que possible.

12° La méthode idéale avec ses modifications doit être écartée.

13° L'extirpation totale de la vésicule ne doit être envisagée qu'au cas d'altération de ses parois (carcinome, ulcérations, etc.), et non en raison des calculs qu'elle peut contenir ; dans quelques faits où l'organe est petit et rétracté, la méthode de Riedel ou de Lauenstein peut être employée, et la cystotomie est alors indiquée.

14° Les calculs du canal cholédoque seront traités par l'incision de ce dernier.

15° Les calculs cystiques seront, dans certains cas, enlevés par l'incision de la vésicule

16° Le traitement chirurgical est souvent moins dangereux qu'un traitement médical qui fait différer l'opération.

17° Kehr n'a jamais observé de récidives.

18° Les opérations sur les calculs biliaires ne peuvent être exécutées que dans les cliniques.

19° Ceux-là seuls qui ont l'expérience de la chirurgie abdominale peuvent entreprendre de semblables opérations. (*Deutsche Seitschrift fur chirurg*, 1894.)

Citons dans le même recueil la *statistique de* **résections intestinales** que vient de publier M. E. Becker. Il s'agit des résections de l'intestin faites depuis dix ans à la clinique du Pr Trendelenburg (de Bonn). Leur total, qui est de 33, se décompose ainsi : 5 pour hernies étranglées, 11 pour anus contre nature à la suite de hernies étranglées, 2 pour iléus, 1 pour appendicite, 4 pour fistules stercorales à la suite de pérityphlite, 1 pour fistule stercorale à la suite de rupture du côlon, 3 pour rétrécissements cicatriciels à la suite de tuberculose, 6 pour tumeurs. Ces 33 opérations ont donné lieu à 21 guérisons.

De l'examen de cette statistique il résulte que l'établissement d'un anus contre nature donne de bien meilleurs résultats que la résection intestinale dans le traitement de la hernie étranglée et sphacélée. Aussi, à la clinique de Bonn, a-t-on pris pour règle en pareil cas de créer d'abord un anus artificiel, puis de pratiquer ultérieurement une résection intestinale si cela est nécessaire (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, XXXIX, septembre 1894).

Les **curettages de l'utérus** sont quelquefois la cause de **perforations** de cet organe par la curette tranchante, surtout quand le tissu utérin a été infecté par une maladie puerpérale. M. Alberti nous en donne un nouvel exemple :

Une femme souffrait depuis longtemps de métrorragies qui paraissaient consécutives à une fausse couche. Dans le but d'enlever des débris placentaires, on fit un curettage attentif avec la cuiller de Roux : puis avec une pince à polype on alla à la recherche de ces débris. Grande fut la stupéfaction de l'opérateur, quand il s'aperçut qu'il ramenait ainsi une anse d'intestin, sans qu'aucune hémorragie lui eût indiqué qu'il avait per-

foré l'utérus. Après avoir pratiqué un tamponnement iodoformé du vagin, il fit transporter la malade à l'hôpital.

Là on pratiqua la laparotomie : on dilata l'orifice de perforation pour dégager l'anse intestinale qui y était engagée et comme étranglée, puis on fit la suture de l'utérus. La malade guérit.

En rapportant ce fait, M. Alberti insiste sur la friabilité de l'utérus à la suite des affections puerpérales (*Centralbl. f. Gynækologie*, n° 40).

Les cas de résection du cæcum se multiplient, et dans la presse russe nous en trouvons un nouvel exemple dû à M. Véliaminoff.

Ce chirurgien en est partisan en cas de néoplasme ou d'inflammation chronique de ce diverticule intestinal. Pour lui, le diagnostic entre une inflammation chronique et un néoplasme est très épineux, parfois même impossible. Quant à l'intervention, il préfère une résection d'emblée à un anus contre nature artificiel. Le traitement consécutif doit consister en tamponnement dont Billroth et Jalzer sont aussi partisans. M. Véliaminoff a eu à intervenir chirurgicalement sur le cæcum dans deux cas. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'un cancer cæcal. Il fit la résection de l'intestin sur une longueur de 22 centimètres. Sa malade mourut au septième jour de septicémie, par infection de la plaie par des matières fécales. La seconde malade avait une typhlite tuberculeuse opérée une première fois pour évacuer le foyer ; elle est rentrée deux ans plus tard avec un anus contre nature. Résection du cæcum. Tamponnement, guérison. (Ve Congr, des méd. russes, sect. de chir.)

Dans la même langue, M. Popper signale à la Société des médecins de Cherson un cas de **galactocèle double** qu'il a observé chez une jeune femme bien portante, accouchée depuis trois mois ; dans chacun des deux seins on sentait une tumeur fluctuante recouverte de téguments absolument normaux, sans aucune trace de processus inflammatoire. Le diagnostic de galactocèle fut confirmé par la ponction qui permit de retirer trois onces (125 grammes) de lait (*Gaz. hebdom. méd. de la Russie Mérid.*, n° 13, 1894.)

Citons encore, en terminant, un travail du professeur Snégiroff de (Moscou) sur l'**action hémostatique et antiseptique de la vapeur d'eau chaude.**

La vapeur d'eau chaude aurait, d'après ce chirurgien, une action hémostatique et antiseptique des plus efficaces dans les hémorragies rebelles. Depuis plusieurs années, il se sert de la vapeur d'eau à 100° pour arrêter certaines métrorragies. Après avoir dilaté le col, il introduit dans l'utérus une canule adaptée à une petite chaudière contenant de l'eau bouillante et il laisse la vapeur agir quelques instants directement sur la muqueuse. Ce procédé n'est pas douteux ; l'hémorragie s'arrête aussitôt et l'action antiseptique se manifeste par la désodorisation d'un écoulement jusque là fétide.

Dans ces derniers temps, dans plusieurs hôpitaux de Moscou, on a pratiqué de grandes opérations, telles que résections du genou, ablations de tumeurs, sans autre procédé d'hémostase que l'emploi de la vapeur d'eau bouillante. Il n'en est résulté aucun inconvénient général ni local et les plaies ne s'en sont pas moins réunies par première intention.

Comme preuve de l'efficacité du procédé, on a pu arrêter ainsi l'hémorragie résultant de la section longitudinale ou transvérsale de l'artère fémorale d'un chien ; on a pu enlever sur des chiens sans hémorragie des fragments de foie, de poumon, de rein, de cerveau.

REVUE DE TRAVAUX BACTÉRIOLOGIQUES

Nous trouvons d'abord dans les *Archives de médecine expérimentale* un travail fort intéressant de M. Stchégoleff sur la manière d'interpréter **l'action antiseptique de l'iodoforme.**

On sait que ce topique, qui donne d'aussi merveilleux résultats en pratique, s'est montré assez insignifiant dans les expériences.

En 1887, Heyn et Rovsing ont montré que la présence d'iodoforme sur des plaques de gélatine n'empêchait pas le développement des colonies de divers microbes (staphylocoque doré, pneumocoque, etc.). Ils ont même constaté qu'un tampon de gaze iodoformée, introduit dans le vagin d'une femme saine, était, lorsqu'on le retirait, tout pénétré de microbes. Leurs expériences ayant été vérifiées par divers auteurs, on se trouvait donc en présence d'une contradiction inexplicable entre les observations des chirurgiens et celles des expérimentateurs, les premiers admettant, les seconds niant les propriétés antiseptiques de l'iodoforme.

M. Stchégoleff, dans le laboratoire de M. Strauss, pour éclaircir ces obscurités, a entrepris des expériences intéressantes dont les résultats expliquent le mode d'action de l'iodoforme.

Il a constaté que le bouillon viande-peptone-gélatine, qui est un excellent milieu de culture pour le bacille de la turberculose, ne permettait plus le développement de cet organisme lorsqu'on l'additionnait de 5 p. 100 d'iodoforme. Les bacilles introduits dans ce bouillon iodoformé y meurent en quarante-huit heures. En émulsionnant une culture virulente avec 10 p. 100 d'iodoforme et en injectant le mélange à des cobayes, l'auteur a constaté que ces animaux survivaient plus longtemps que les témoins auxquels il jectait les cultures non mélangées d'odoforme. En somme, l'iodoforme tue les bacilles de la tuberculose dans les cultures, et atténue seulement leur virulence quand on l'introduit dans l'organisme en même temps que ces bacilles.

L'action de l'iodoforme sur le staphylocoque doré est inverse. Ainsi, cet organisme pousse aussi bien dans un milieu iodoformé que dans un milieu normal, mais, par contre, l'inoculation de staphylocoques soumis à l'action de l'iodoforme est presque inoffensive. Des cultures faites en milieu iodoformé peuvent être injectées à des doses de 1 cc. 5 à 2 cc. sans provoquer autre chose qu'une légère réaction locale, tandis que les animaux témoins soumis à des injections de staphylocoques poussés dans un milieu normal présentaient des abcès ou succombaient en quelques jours à la septicémie suivant le degré de virulence des cultures. Si le mélange des staphylocoques avec l'iodoforme est fait seulement au moment de l'injection, il se produit un petit abcès local; les accidents ne sont donc pas supprimés absolument, ils sont atténués.

Ainsi l'iodoforme n'altère pas la vitalité des staphylocoques dans les cultures, et pourtant il modifie leurs propriétés pathogènes. Comment expliquer cette apparente contradiction? L'auteur s'est demandé si l'iodoforme, sans action sur les staphylocoques, n'agirait pas sur leurs toxines. Il a fait deux séries de cultures, les unes normales, les autres additionnées de 10 p. 100 d'iodoforme; au bout de huit jours, il les a filtrées, pour les priver de leurs organismes vivants, puis les a injectées à des lapins. Les toxines non iodoformées tuaient les animaux en quelques heures, tandis que les lapins qui avaient reçu les toxines iodoformées ne présentaient aucun accident. Stchégoleff pense que, sous l'influence de l'iodoforme, les toxines du staphylocoque se transforment en combinaisons iodées non toxiques. On comprend ainsi comment l'iodoforme appliqué sur une plaie empêche la suppuration et l'infection sans cependant tuer les microcoques pyogènes.

Le bacille de la diphtérie se comporte, vis-à-vis de l'iodoforme, à peu près de la même façon que le staphylocoque. Il pousse bien dans un milieu iodoformé, cependant sa virulence est affaiblie. Les toxines diphtériques sont atténuées et même annihilées par l'odioforme, si la dose de cette substance est suffisante et a pu agir assez longtemps. Cette action antitoxique de l'iodoforme est très remarquable et explique ses bons effets même contre les microbes qu'il est impuissant à détruire (*Arch. de m. expér.* nov. 1894).

Nous rapprochons de ce travail, le résumé d'un article de M. Saltikoff, paru dans le *Journal de médecine militaire russe* sur l'**influence de l'iodoforme sur les microbes pathogènes.** Pour cette expérimentateur l'iodoforme agit en général sur la virulence et la prolifération des microbes, mais son action diffère avec les diverses espèces bactériennes. Ainsi cette influence ne se produit d'une façon évidente qu'au début de la culture du bacille opalescent fétide ; plus tard, ce microbe pousse sur les milieux iodoformés aussi bien que sur des milieux ordinaires, et cependant sa virulence vis-à-vis des souris blanches est complètement perdue.

L'action de l'iodoforme sur le staphylocoque doré est aussi évidente, mais la virulence du microbe baisse peu.

Le streptocoque est peu influencé par l'iodoforme. La culture de la bactéridie charbonneuse se ralentit, sa virulence diminue.

L'iodoforme agit d'une façon variable sur les différentes espèces de vibrions. Il arrête la culture du bacille virgule, du bâtonnet Finkler-Prior, mais agit très peu sur la bactérie de Deneke.

On peut dire d'une façon générale qu'outre les proprités ordinaires de l'iodoforme : diminution de la sécrétion de la plaie, atténuation de la douleur, etc., cette substance ralentit la prolifération de plusieurs espèces de microbes pathogènes et diminue leur virulence.

Sans quitter les *Archives de médecine expérimentale*, nous trouvons encore un intéressant travail sur **la cause de la mort à la suite des brûlures de la peau**, dû à M. Kianicine. — Jusqu'ici la question n'avait pas été résolue. On a vu des malades succomber après un ébranlement nerveux, dans l'apathie, la somnolence, le délire, la paralysie des vaso-moteurs, la dyspnée, la cyanose et ensuite avec de l'albuminuerie. Les examens anatomo-pathologiques ont fourni peu de renseignements. S'agissait-il d'altérations chimiques du sang ? C'est ce que s'est demandé l'auteur, qui a expérimenté sur le sang d'animaux (lapins et chiens) chloroformés, puis brûlés, soit par l'eau chauffée à 70-98 degrés ou la benzine bouillante.

Il obtenait un complexus de symptômes comparables à ceux qui suivent les brûlures étendues sur l'homme. Par les essais chimiques, Kianicine a isolé dans le sang de ces animaux, une ptomaïne qui injectée à la grenouille et à d'autres lapins et chiens, à provoqué chez ces derniers des accidents semblables.

Cette ptomaïne est probablement produite, soit par la putréfaction des tissus brûlés, soit par les bactéries de la putréfaction, soit encore par l'activité des tissus et du sang, modifiée par le traumatisme (leucomaïne pathologique). En tous cas, cette ptomaïne existe,quel que soit le foyer où elle se forme. Elle est produite quel que soit le degré de la brûlure.

Terminons par quelques **recherches bactériologiques sur les suppurations de l'oreille post-scarlatineuses.**

M. Blaxall a publié dans le *British medical Journal*, le résultat de recherches bactériologiques qu'il a entreprises sur les suppurations de l'oreille post-scarlatineuses. Son travail comprend trois parties : *a*) bactériologie de la scarlatine ; *b*) bactériologie des otites moyennes en général ; *c*) bactériologie des otites dans la scarlatine.

a) Bactériologie de la scarlatine. — Le microbe de la scarlatine n'est pas encore trouvé. Ce qui résulte des recherches des auteurs qui ont tenté de le découvrir, c'est qu'on rencontre fréquemment le streptocoque pyogène chez les scarlatineux. C'est l'agent des infections secondaires.

b) Bactériologie des otites moyennes en général. — Il serait trop long de résumer les travaux faits sur ce sujet par MM. Netter, Zaufal, Mans, Bordonni, etc. Il suffit de savoir

que l'organisme le plus souvent rencontré dans la suppuration de l'oreille moyenne est le pneumocoque de Frænkel ; après vient le streptocoque pyogène et puis les staphylocoques et le bacille pyocyanique.

c) Bactériologie de l'otite moyenne dans la scarlatine. — Les recherches de M. Blaxall ont porté sur 287 malades atteints de scarlatine ; parmi ces malades, 36 souffraient d'une otite moyenne ayant apparu du vingtième au trentième jour de la maladie. L'examen bactériologique n'a porté que sur 14 malades. Voici les résultats fournis par l'examen des lamelles et les cultures :

Le streptocoque pyogène a été rencontré 12 fois ; le bacillus striatus albus 9 fois ; le staphylocoque blanc 8 fois ; le staphylocoque doré 5 fois ; le micrococcus albus liquefians 3 fois ; le bacillus acidi lactici 2 fois ; le bacillus subtilis 1 fois ; le bacillus pyocyaneus 1 fois ; le bacille tuberculeux 1 fois.

C'est le streptocoque qui domine ; cela n'a rien d'étonnant. Mais ce qu'il y a de curieux, c'est que le pneumocoque n'ait pas été rencontré une seule fois. Il est vrai que M. Blaxall s'est contenté de faire des ensemencements, qu'il n'a pas inoculé le pus de l'oreille à des souris (réactif du pneumocoque). Peut-être, après tout, le pneumocoque, cause habituelle des otites moyennes, ne doit pas être incriminé dans les otites consécutives à la scarlatine.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur la désinfection des matières fécales.

(Note de M. H. Vincent, présentée par M. Duclaux).

A la suite de nombreuses expériences sur la désinfection des matières fécales par les substances suivantes : sulfate de fer, sulfate de cuivre, chlorure de zinc, bichlorure de mercure, hypochlorite de chaux, de soude et de potasse ; chaux, soude, potasse ; acide, phénique ; huile lourde de houille, crésyl, lysol, solvéol, solutol, nous sommes arrivés aux résultats que voici :

Tout d'abord, la stérilisation bactériologique absolue des matières fécales et liquides des fosses d'aisances, principalement lorsqu'elles sont putréfiées ou mélangées à la terre est pratiquement irréalisable, à moins d'élever à un taux considérable (et, par conséquent, fort coûteux) la proportion des désinfectants.

A des doses moyennes et acceptables de ces derniers, il persiste toujours, dans les selles, un certain nombre de bactéries, la plupart appartenant au genre bacillaire et pourvues de spores, qui fécondent invariablement les milieux de culture. La nature de ces microbes si résistants étant, d'ailleurs, inoffensive, on peut les négliger dans la pratique, et l'on est forcé de rechercher seulement une désinfection relative, qui, tout en se rapprochant le plus possible de la désinfection totale, amènera, du moins, sûrement la mort : 1° des microbes pathogènes ; 2° du *Bacillus coli communis* ; 3° des bactéries de la putréfaction.

Le meilleur agent de désinfection des matières fécales et du contenu des fosses d'aisances est le sulfate de cuivre. En vingt-quatre heures, on obtient une désinfection excellente avec une proportion de 7 gr. à 8 gr. 5 de sulfate de cuivre pour 1,000 cent. cubes de matières, soit 7 kilog. à 8 k. 500 pour 1 mc. de celles-ci.

La désinfection des selles typhoïdiques au bout du même temps s'obtient avec 6 gr. de sulfate de cuivre pour 1,000 cent. cubes de déjections. Celle des déjections cholériques réclame 3 gr. de sel. Le bacille virgule a disparu après douze heures d'action.

Ces expériences nous ont montré qu'il existe un certain nombre de causes susceptibles d'altérer les effets de la désinfection, et dont il importe de tenir le plus grand compte dans la pratique : fluidité plus ou moins grande des matières de vidange, état récent ou ancien de celles-ci, degré plus ou moins élevé de leur alcalinité, origine normale ou pathologique des selles, température ambiante, etc.

De ces divers facteurs, quelques-uns méritent d'être soulignés.

1° Les selles pathologiques, qui sont en général très fluides et renferment des micro-organismes pathogènes moins résistants que les saprophytes, sont plus aisément désinfectées que les matières fécales normales, dont la consistance et la composition microbienne offrent une plus grande résistance à l'action des antiseptiques.

2° La stérilisation des matières fécales est nettement influencée par la température ambiante ; toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus rapide et exige une proportion d'antiseptiques moindres en été qu'en hiver.

3° Le degré d'alcalinité des vidanges influe également beaucoup sur les effets des désinfectants, en particulier du sulfate de cuivre et du chlorure de chaux. Lorsque le liquide des vidanges est ancien et putréfié, il contient de fortes proportions d'ammoniaque, qui décomposent le sulfate de cuivre et atténuent, en grande partie, ses effets.

Ces raisons m'ont conduit à étudier les résultats fournis par l'action simultanée du sulfate de cuivre et d'une faible quantité d'acide minéral destiné à neutraliser l'alcalinité des matières. L'expérimentation a effectivement montré que l'on renforce ainsi singulièrement l'activité du sulfate de cuivre en permettant à son pouvoir antiseptique de s'exercer tout entier.

Dans ce cas, les matières fécales étant acidifiées à l'aide d'une quantité d'acide sulfurique égale à 10 pour 1000 :

1° Pour les selles normales, putréfiées ou non, mélangées à de l'urine, et à la température de 16° en moyenne, la désinfection est obtenue en vingt-quatre heures lorsque l'on emploie une proportion de sulfate de cuivre égale à 6 gr. pour 1000 cent. cubes ou 6 kilog. par mètre cube ;

2° Pour la désinfection des selles typhoïdiques et la destruction du bacille d'Eberth ; la proportion de sulfate de cuivre n'est plus, dans les mêmes conditions de température, que de 5 gr. pour 1000 cent. cubes ou 5 kilog. par mètre cube d'excréments ;

3° Il suffit de 3 gr. 5 du même désinfectant pour neutraliser 1000 cent. cubes de matières contenant le bacille du choléra.

Dans les deux derniers cas, la désinfection est obtenue en douze heures de contact des matières et de l'antiseptique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 décembre 1894

Depuis sa première communication à l'Académie en 1892, et celle qu'il a faite au troisième congrès de chirurgie en 1893, sur la cure de l'ulcère de l'estomac et des dyspepsies graves par la gastro-entérostomie, M. Doyen a eu l'occasion de pratiquer un certain nombre d'opérations et de suivre chez les premiers opérés les résultats définitifs de l'intervention.

Mettant de côté les opérations pour cancer, il vient donner les résultats définitifs de la gastro-entérostomie pour les affections non cancéreuses et particulièrement pour les affections autres que la sténose fibreuse du pylore ou du duodénum.

Les premières opérations avaient démontré à M. Doyen que tous les phénomènes pénibles éprouvés par les dyspeptiques, les hémorrhagies et la non-cicatrisation de l'ulcère, etc., étaient sous la dépendance unique du spasme réflexe du pylore. Il a pratiqué

25 opérations pour affections non cancéreuses de l'estomac ; sur les 25 malades, 11 étaient atteints de sténose pylorique ou duodénale.

Il laisse 14 autres cas se rapportant :

1° A 6 cas de dyspepsie grave sans ulcère appréciable ;

2° A 8 cas d'ulcère gastrique ou duodénal, éloignés du pylore.

Les malades qui ont guéri (et M. Doyen a eu par son procédé opératoire 15 succès sur 17 opérations) ont cessé de souffrir dès qu'ils ont été délivrés du sommeil chloroformique.

Les hémorrhagies ont cessé. La nutrition est redevenue satisfaisante. Les opérés, en un mot, ne sentent plus leur estomac et digèrent sans difficulté les aliments les plus variés.

Ces observations prouvent que les symptômes gastriques pénibles sont bien dus à la stagnation des aliments, stagnation qui est sous la dépendance d'un spasme réflexe du pylore.

Sur 4 opérés que M. Doyen présente à l'Académie, 3 ont de l'acide chlorhydrique en excès ; chez un l'acidité est normale. Les malades ne souffrent plus depuis que l'estomac se vide aisément dans l'intestin. L'état général est parfait.

Ce sont là de beaux résultats opératoires, reste à savoir s'il est définifivement établi que la guérison des malades « ne peut être établi à moins de frais ».

— Les paralysies du voile du palais consécutives à des angines non diphtériques sont connues depuis Gabler. On crut d'abord, après la découverte du bacille de la diphtérie, et surtout lorsque Roux et Yersin eurent reproduit des paralysies en injectant des toxines diphtéritiques, que ces paralysies étaient nettement spécifiques. En réalité, il n'en est rien, et M. Proust a montré dans un rapport sur une observation de M. Bourges, qu'une angine non diphtéritique, bactériologiquement, peut cependant être suivie de paralysies diverses : strabisme, paralysie du voile du palais, paraplégie.

— Les malformations telles que celles observée par M. Clauzier, sont assez rares. A l'autopsie d'un enfant né à terme et mort au bout de deux jours sans avoir pu prendre aucun aliment, notre confrère trouva que le diaphragme était perforé. L'estomac, une partie du foie, du colon transverse et de l'intestin grêle étaient passés dans le thorax ; enfin, le cœur était refoulé à droite, de telle sorte que la pointe répondait au bord droit du sternum.

— Les sportifs sont de nouveau sur la sellette. M. J. Teissier, de Lyon, est venu, dans une lecture très écoutée, montrer quels désordres accompagnent les marches forcées même faites par des sujets entraînés, Après une marche prolongée, il y a déviation de la pointe du cœur en dehors, son abaissement est marqué et conséquemment on constate une augmentation très sensible de la matité transversale de l'organe. La circulation veineuse est, de plus, considérablement entravée.

Après la marche forcée, la systole est brusque et brève.

Toutes ces modifications dans le fonctionnement du cœur sont caractéristiques du cœur forcé, tel que l'ont décrit Peter et Da Costa. Les dilatations aiguës du cœur relèvent pour M. J. Teissier, de deux mécanismes très différents :

1° De la fatigue générale, de l'épuisement nerveux produit par le surmenage ;

2° De phénomènes toxiques dues à l'accumulation des produits de la désintégration cellulaire sous l'influence de l'exercice prolongé.

Après la marche forcée, il y a une hyperexcitabilité musculaire notable s'accompagnant d'une diminution très légère de la contractilité faradique et d'une augmentation notable de la contractilité galvanique. L'activité de la désintégration cellulaire se manifeste par l'existence d'une albuminurie très appréciable chez les deux tiers des sujets et par une augmentation sensible dans l'excrétion de l'urée.

M. Vallin est venu défendre son interprétation du mécanisme de la mort par le coup de chaleur. Si M. Laveran est arrivé à des résultats qui diffèrent de ceux obtenus par lui, c'est qu'il a opéré différemment. Il faudrait reprendre les expériences, les contrôler immédiatement, les multiplier et les compléter. Du reste, les conditions dans lesquelles le coup de chaleur agit sur l'homme sont très variables et rien ne prouve que le soldat chargé qui monte au grand soleil sur une route soit frappé de la même manière que le chauffeur à peu près nu de la machine d'un cuirassé.

M. Lancereaux insiste sur l'état systolique dans lequel M. Vallin a trouvé le cœur de ses animaux ayant succombé à l'action de la chaleur ; on observe cette même systole du cœur chez des enfants qui ont succombé subitement, sans lésion, pouvant expliquer la mort. Peut-être y a-t-il un spasme du pneumogastrique:

Mais M. Laborde réfute immédiatement ce qu'il appelle une hérésie physiologique L'excitation du bout périphérique du pneumogastrique amène l'arrêt du cœur en diastole.

— Il n'y a pas de malades plus dignes de la compassion du médecin que ceux qui sont atteints de névrites périphériques traumatiques. Leurs douleurs très intenses et presques continues, le peu d'efficacité des moyens employés pour calmer ces dernières, les dangers bien connus de l'emploi des narcotiques, la fréquence de la propagation à distance des accidents qu'ils présentent, la nécessité dans laquelle on se trouve souvent de recourir à des opérations graves pour faire cesser les douleurs (névrotomies, amputations) montrent l'intérêt qui s'attache à leur traitement.

M. Delorme préconise un traitement simple, à la portée de tous, soit, par exemple, un malade ayant un doigt douloureux par névrite traumatique, à la suite d'une plaie quelconque, le chirurgien doit d'abord déterminer l'étendue de la zone périphérique hypéresthésie, puis, ensuite, embrassant le doigt entre les pouces et les index, il pressera très fortement tous les points de cette zone, sur et près de la plaie ou de la cicatrice en commençant par les points les plus douloureux. Si, après une première tentative qui dure quelques instants, l'hypéresthésie persiste, on renouvelle la pression une, deux ou trois fois. On peut faire jusqu'à trois séance de compression à quatre ou six jours d'intervalle. Les douleurs locales et irradiées cèdent très vite et les troubles trophiques disparaissent. rapidement Les souffrances au moment de la pression sont vives, mais peu durables. Enfin, le doigt comprimé sera protégé pendant huit à dix jours par un pansement ouaté contentif et compressif.

— Et l'on tire toujours rythmiquement la langue. Cette fois-ci, c'est un brigadier de douanes de Port-Blanc (Côtes-du-Nord) qui a pu, par le procédé du docteur Laborde, ramener à la vie un enfant qui était resté plus de vingt minutes sous l'eau. Ce procédé, dit M. Laborde, est seul capable, on peut l'affirmer désormais, de donner de pareils résultats dans des conditions aussi extrêmes.

— L'Académie a renouvelé son bureau :

M. Hervieux a été nommé vice-président pour 1895 par 44 voix sur 78 votants ; M. Panas a eu 30 voix ; il y avait 4 bulletins blancs.

MM. Cadet de Gassicourt et Caventou ont été nommé par acclamation secrétaire et trésorier.

MM. Colin et Tillaux ont été élus membres du conseil.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, M. Granet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Concours de l'Internat de Montpellier. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Montpellier vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Gibert, Tissier et Arrufat ; internes provisoires : MM. Blanc, Itier, Pelon et Brunsweig.

— Le docteur Eudes, de Cerizy-la-Salle (Manche) après avoir reçu un tube de sérum qui ui a permis de guérir un enfant du croup, vient d'adresser au docteur Roux la somme de 515 francs, montant d'une souscription à laquelle ont tenu à participer tous les habitants riches ou pauvres de la commune de Cerizy. Il va sans dire que les gros sous ont été plus nombreux que les pièces blanches ; ce qui rend la souscription encore plus touchante.

— Cette année ont eu lieu, à Aldershot, des expériences de mobilisation partielle des hôpitaux de campagne et des compagnies d'infirmiers. D'après l' « Indian Med, Gaz », le système employé serait insuffisant et défectueux, les abris pour blessés étant trop rapprochés de la ligne de feu, et le service du transport des blessés aux abris et aux hôpitaux de campagne étant rendu de ce faii très difficile. L' « United Service Gazette » croit que le service pourra être assuré, si les médecins disposent les abris à la limite de la zone dangereuse, et si ces derniers assurent le fonctionnement du service de santé, en l'adaptant du mieux possible aux nécessités du moment.

Hôpital Broussais. — M. le docteur Campenon, chargé du cours des stagiaires, reprendra ses conférences cliniques le mardi 18 décembre courant, à 10 heures, à l'hôpital Broussais, et les continuera les mardis à la même heure.

Le *Journal officiel* du 15 décembre a publié le décret par lequel M. le docteur Pierre-Paul-Emile Roux a été promu au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Le décret porte la mention : « Services exceptionnels rendus à la science et à l'humanité. »

Mutation des accoucheurs des hôpitaux. — M. Budin passe de la Charité à la Maternité, comme accoucheur en chef ;

M. Porak passe de Lariboisière à la Charité ;

M. Maygrier passe de la Pitié à Lariboisière ;

M. Doléris passe du Bureau central à la Pitié ;

M. Auvard passe du Bureau central à la Maternité, comme accoucheur adjoint.

Asile de Bron. — Le concours de l'internat de l'asile d'aliénés de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes : internes titulaires, MM. Foy, Audemard et Papillon ; internes suppléants, MM. Bourcyron et Naussac.

Association française pour l'avancement des sciences en 1895. — L'Association française pour l'avancement des sciences se réunira l'année prochaine à Bordeaux, du 4 au 10 août 1895.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Revue générale. — II. E. Rochard : La Société de chirurgie. — III. De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique. — IV. Académie des sciences ; Académie de médecine. — V. Courrier.

*A l'occasion des fêtes de Noël l'*Union médicale *ne paraîtra pas mardi prochain.*

« L'UNION MÉDICALE » EN 1895

—

L'*Union médicale* achève sa quarante-neuvième année. Pendant cette longue période, elle a vu naître et mourir bien des feuilles comme elle, d'autres se transformer, lutter pour la vie, passer de mains en mains.

L'incroyable pullulation des journaux, les changements que le temps apporte à nos habitudes scientifiques et professionnelles, ont modifié profondément les conditions matérielles du journalisme, ses aspirations, ses tendances. On n'y écrit plus de la même encre, on n'y cause plus sur le même ton avec ses lecteurs. On est plus froid et plus guindé, moins discuteur ; la critique a fait place au reportage à outrance, à l'information mal digérée.

Tout n'est pas vice dans cette évolution. Si l'*Union médicale* a gardé quelques vieilles habitudes, si même elle veut revenir à certains procédés qui rendaient les journaux plus variés, plus intéressants, d'autre part elle n'ignore pas qu'il faut savoir accepter certaines formes et satisfaire aux exigences de son temps. Aussi va-t-elle inaugurer, avec l'année qui vient, un mode de publication tout nouveau.

Le lecteur, notamment, veut être servi à très bon marché. L'*Union médicale* de 1895 ne coûte presque rien : 5 francs par an. Elle devient hebdomadaire, grandit son format, renouvelle ses caractères. Dirigée par MM. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et Richardière, médecin des hôpitaux de Paris, elle donne une place égale aux hardiesses de la chirurgie moderne et aux magnifiques progrès accomplis par la médecine en pathologie générale, en thérapeutique, en hygiène. Elle garde pour rédacteur en chef Eugène Rochard, chirurgien des hôpitaux, dont l'intelligente activité lui a valu, depuis deux ans, de précieuses adhésions et d'unanimes encouragements.

L'*Union médicale* veut suivre le mouvement contemporain sans obéir aveuglément à la mode, et revêtir dès maintenant la forme sous laquelle elle fêtera son cinquantenaire.

L.-Gustave Richelot.

REVUE GÉNÉRALE

—

Les nouveaux traitements de la pneumonie (1)

V —

Petresco, après Hirtz, a beaucoup vanté la digitale à hautes doses dans le traitement de la pneumonie. Franc (de Sarlat) a expérimenté le traitement de Petresco. Il obtint d'abord des résultats intéressants, mais suspendit ses essais à la suite d'un cas de syncope mortelle. Il essaya ensuite de nouveau la digitale en procédant avec une grande prudence. Franc a d'abord, suivant la pratique de Petresco, donné l'infusion de feuilles de digitale, 1 à 3 grammes dans 200 grammes d'eau édulcorée avec 50 grammes de sirop de fleurs d'oranger à prendre dans les 24 heures. Souvent les malades ne prennent le médicament, sous cette forme, qu'avec une grande répugnance et, d'autre part, il arrive parfois que les vomissements, la diarrhée forcent à cesser le traitement. Aussi Franc a-t-il essayé de la digitaline cristallisée à la dose de 1 à 3 mm. en 24 heures, le médicament étant administré pendant deux ou trois jours. Lorsque les malades sont traités dès le début de leur pneumonie, l'état général s'améliore rapidement, la température s'abaisse et le pouls se ralentit. Sur 44 malades atteints de pneumonie grave, il n'y a eu qu'un décès.

D'après Masius, cependant, la digitale à haute dose n'a pas d'action sur la marche et la durée de la pneumonie. Elle agit simplement comme tonique du cœur et hyposthénisante. Loventhal n'a pas obtenu de bien brillants résultats du traitement de Petresco. Il a vu la digitale, à la dose de 1 à 4 grammes, augmenter rapidement la faiblesse du malade et ne guère modifier la fièvre ; la fréquence des mouvements respiratoires serait accrue et la tension circulaire abaissée.

Lépine vante beaucoup la digitaline. A l'exemple de plusieurs auteurs (voyez plus loin le traitement de la pneumonie grippale), il donne la digitale cristallisée de Nativelle dans tous les cas où il y a des signes de faiblesse du cœur et prescrit 3 mm. en général dans la matinée et souvent encore 1 ou 2 le soir. Le plus souvent le pouls reprend rapidement sa force.

Tout récemment Petresco est revenu sur les résultats que l'on obtient par son traitement. D'après lui, la mortalité est réduite à 1,22 p. 100. Tandis que la statistique de toutes les méthodes de traitement employées jusqu'ici donne une mortalité de 7,15 et même de 30 p. 100. Il administre l'infusion de digitale préparée avec 4 à 8 grammes et même 6 à 8 grammes pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple, à prendre chaque demi-heure une cuillerée à bouche. Les grandes doses, administrées coup sur coup, juguleraient la pneumonie franche et, dans aucun cas, Petresco n'a observé de phénomènes d'intoxication. Certains pneumoniques ont cependant pris jusqu'à 20 et même 24 grammes de feuilles de digitale en 4 à 5 jours, la dose minimum étant de 4 grammes et la dose maximum de 6 grammes par jour. Le nombre total des observations de Petresco au moment où il a publié son deuxième mémoire, était de 755.

(1) *Suite et fin.*

Enfin, tout récemment une statistique de 825 lui donnait 2 p. 100 de mortalité.

Fikl a d'abord employé une dose quotidienne de 2 grammes, puis ensuite il est allé jusqu'à 3 grammes; 46 pneumonies lobaires ainsi traitées guérirent toutes. Mais Fikl a souvent observé des phénomènes d'intoxication; le pouls resterait lent et même irrégulier pendant plusieurs jours.

En France, peu de médecins oseraient donner la digitale aux doses indiquées par Petresco. On peut admettre qu'elle est le médicament du cœur, qu'elle est indiquée toutes les fois que ce dernier faiblit, particulièrement dans la pneumonie grippale.

Huchard a beaucoup insisté sur la nécessité d'employer la digitale dans les pneumonies grippales ayant, du reste, pour but de tonifier le cœur et non d'agir sur la pneumonie directement. On doit donner le médicament dès le début de la maladie.

Huchard emploie de préférence la digitaline cristallisée en solution à 1/1000. Il donne, le premier jour de la pneumonie, en une seule fois, 40 ou 50 gouttes de cette solution, et en même temps prescrit le régime lacté exclusif. Le lendemain on ne prescrit rien, sauf si l'adynamie est trop accusée; dans ce dernier cas, on peut ordonner des injections sous-cutanées de caféine, d'éther ou de camphre, formulées de la façon suivante:

Huile d'olive stérilisée.	100	grammes
Camphre	10	—

Répéter les injections de 2 à 4 fois par jour.

Si l'indication persiste, on doit de nouveau prescrire 20 ou 30 gouttes de digitale après 7 ou 8 jours et même avant, s'il y a lieu.

Huchard complète le traitement des pneumonies grippales de la manière suivante:

On doit tâcher de réaliser l'antisepsie intestinale avec le benzo-naphtol (5 ou 6 cachets de 0,50 par jour) et prescrire des lavages de la bouche avec la solution de sublimé.

Pendant trois ou quatre jours, il est utile de donner le bromhydrate de quinine à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50.

Si l'asthénie nerveuse ne cède pas aux injections d'éther, de caféine, on emploiera le sulfate de strychnine à la dose de 2 à 3 mm. par jour en injections sous-cutanées.

Enfin, si le régime lacté est intégral, Huchard prescrit les teintures de kola et de coca, associées en parties égales à raison d'une à deux cuillerées par jour.

La caféine est très précieuse dans la pneumonie. D'après G. Lyon, elle remplacerait avantageusement la digitale surtout chez les vieillards, parce que ses effets sont plus rapides que ceux de la digitale et que les myocardes scléreux réagissent mal sous l'influence de ce dernier médicament. La caféine réveille l'énergie cardiaque, combat l'adynamie et favorise la diurèse. Ce serait le remède par excellence dans la pneumonie des cachectiques et des vieillards. On doit l'administrer en injections sous-cutanées, 25 cent., trois ou quatre fois par jour.

Faisans a accusé la caféine de produire des accidents d'intoxication, des vomissements, de l'insomnie, de l'agitation, des hallucinations, du délire actif. Il est évident, pour Reynaud, que la caféine peut donner lieu à des

accidents de ce genre, mais ils se produisent aussi dans des pneumonies non traitées par cet alcaloïde. Rendu a vu la caféine augmenter les accidents cérébraux chez les individus prédisposés.

VI

Faut-il employer le vésicatoire dans la pneumonie. Si on consulte le travail de M. Baudoin, sur le traitement de la pneumonie dans les hôpitaux de Paris (*Se. méd.* 18 novembre 1891), on voit que :

Muselier, Landouzy, Faisans n'appliquent jamais les vésicatoires ;

Cornil les prescrit au début ;

Dujardin-Beaumetz, Bucquoy à la fin ;

Ferrand, Proust, Legroux en sont partisans ;

Descroizille y a recours chez les enfants.

Laënnec accusait déjà le vésicatoire d'augmenter la congestion pulmonaire et de gêner la respiration.

Actuellement, on ne l'emploie guère que pendant la période de résolution si elle est traînante, et encore beaucoup de médecins le regardent comme inutile même à ce moment.

Dujardin-Beaumetz regarde le kermès comme étant plus nuisible qu'utile.

Bucquoy a volontiers recours au tartre stibié ; il en donne jusqu'à 10 à 15 cent., et s'arrêtant dès que les vomissements commencent. Danlos, si la pneumonie est compliquée d'un état gastrique, donne l'oxyde blanc d'antimoine et le kermès ; il préconise le tartre stibié dans les cas de dyspnée intense tout en reconnaissant qu'il faut surveiller soigneusement l'action du médicament. Audhouis, Faisans, Dumontpallier repoussent absolument les contro-stimulants. Cependant Barth considère le tartre stibié comme très utile dans la période initiale de certaines pneumonies, quand les phénomènes généraux sont violents et que le mouvement fluxionnaire est très intense ; on doit donner 10 à 30 cent. dans une potion à prendre par sixième toutes les deux heures. Il faut, du reste, donner des grogs dans l'intervalle des doses et suspendre le médicament s'il se produit des symptômes d'adynamie. Chez les gens délicats, à estomac susceptible, chez les personnes âgées ou faibles, dans les formes secondaires de la pneumonie, Barth remplace l'émétique par le tartre stibié à la dose de 10 à 25 cent., fractionnés par douzièmes. Enfin l'ipéca pourrait être employé dans les mêmes conditions que le kermès chez les enfants très jeunes et les sujets qui ne tolèrent pas les antimoniaux.

On voit donc que les contro-stimulants, rejetés par les uns, sont, au contraire, préconisés par les autres. Personnellement, nous ne pouvons émettre un avis suffisamment motivé, en présence de ces affirmations contradictoires de maîtres éminents. Nous dirons simplement que, *étant donnée la constitution médicale de ces dernières années*, tout ce qui peut augmenter l'adynamie dans la pneumonie nous paraît dangereux. C'est dire que nous considérons l'emploi des antimoniaux comme devant être exceptionnel.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance de mercredi dernier a été occupée tout entière à la discussion *du traitement des abcès cérébraux consécutifs aux otites moyennes.*

C'est un rapport de M. Picqué sur une observation de M. Mignon (du Val-de-Grâce) qui a été le point de départ de cette discussion. Il s'agissait, dans le cas cité, d'un homme atteint de suppuration de l'oreille moyenne, compliquée d'accidents cérébraux. Somnolence, ptosis, température et douleur localisée en un point net, firent porter à M. Mignon le diagnostic d'abcès cérébral et le décidèrent à une trépanation pratiquée au niveau de la deuxième circonvolution temporale. L'antre mastoïdien fut ouvert et curetté. L'ouverture du crâne montra une région temporale déjà atteinte d'ostéite dont la gouge et le maillet vinrent facilement à bout, puis la dure-mère fut incisée et du pus sans odeur s'écoula par le débridement. A partir du moment de l'intervention, tout alla bien jusqu'au développement d'un érysipèle suivi, plus tard, d'un encéphalocèle traumatique. Ce dernier fut traité par la compression sans beaucoup de succès ; mais la striction élastique arriva à la faire disparaître. M. Mignon, toutefois, dut, pour guérir complètement son malade, pratiquer une autoplastie qui cicatrisa complètement les parties.

Tels sont les points principaux de l'observation de M. Mignon, qui est le point de départ de considérations intéressantes, de la part du rapporteur, sur les *complications de l'otite moyenne suppurée.*

Il faut d'abord, avec M. Picqué, catégoriser un peu les faits. Quand ce sont des signes fonctionnels nettement indiqués qui se montrent, le diagnostic d'abcès cérébral est relativement facile. Ce sont là les cas simples.

Il n'en est pas de même quand l'abcès, ne siégeant pas dans la zone motrice, ne se dévoile pas par des symptômes altérant nettement une fonction. Il est alors très difficile de savoir si on se trouve en face d'une phlébite, d'une méningo-encéphalite ou d'un abcès cérébral, d'abord parce que les signes classiques peuvent appartenir à chacune de ces lésions et qu'ensuite ces complications peuvent venir s'ajouter les unes aux autres. Cependant, la céphalalgie constante, continue, localisée en point toujours le même, accompagnée d'hémicramie, de ralentissement du pouls et de phénomènes comateux, peut permettre de conclure à une suppuration cérébrale.

De ces considérations, il résulte que lorsqu'on a affaire à une otite moyenne, il faudra savoir que 50 p. 100 des abcès intra-craniens ont cette cause et, de plus, que ces abcès en pleine substance cérébrale ne sont pas toujours seuls, mais sont très souvent accompagnés de *collections péri-pétreuses* qui établissent un échelon entre la suppuration de l'oreille moyenne et des cellules mastoïdiennes et la suppuration cérébrale.

MM. Picqué et Fevrier ont étudié ces abcès péripétreux et ont montré qu'il fallait aller à leur recherche, qu'il ne fallait pas se borner à découvrir la suppuration mastoïdienne, mais qu'il était nécessaire quelquefois d'aller plus loin. Ils ont donc recommandé d'ouvrir le crâne par le procédé de Wheeler qui consiste à agrandir son ouverture mastoïdienne et à arriver sur le rocher, dans le crâne, par cette voie.

Faut-il, maintenant, dans tous les cas, faire une intervention du premier coup aussi radicale? M. Picqué, autrefois, le recommandait ; mais il estime aujourd'hui, d'accord avec M. Broca, qu'on peut d'abord se borner à ouvrir la mastoïde et si, au bout de deux jours, les accidents ne s'amendent pas, on est autorisé à pénétrer dans le crâne en se servant de sa première intervention.

Si nous résumons avec M. Picqué sa communication, nous voyons que, quand il existe des troubles fonctionnels résidant dans la zone psycho-motrice, il faut, outre l'ouverture des cellules mastoïdiennes, pratiquer une trépanation cérébrale au niveau de la circonvolution soupçonnée ; on devra même commencer par celle-ci. Quand, au contraire, il n'existe pas de troubles fonctionnels nets, il faut d'abord pénétrer dans la mastoïde et, si les accidents ne s'amendent pas, aller à la recherche de l'abcès péripétreux en se servant de l'ouverture déjà faite dans la région mastoïdienne.

M. Berger prend ensuite la parole et commence par établir que, dans les cas d'intensité moyenne, il était très difficile de séparer la méningo-encéphalite de la phlébite, de l'abcès, et très délicat aussi de diagnostiquer le siège de l'abcès. A-t-on affaire à une suppuration cérébrale, cérébelleuse ou même protubérantielle, comme il en a vu un exemple, la question n'est pas facile à résoudre, car il faut d'abord savoir si on a affaire à un abcès et ensuite où il siège.

Aussi M. Berger adopte-il la conduite qu'a recommandé M. Broca, c'est-à-dire, commencer par ouvrir la mastoïde en se servant du procédé indiqué par Ricard, puis suivre l'abcès jusque dans ces dernières limites en l'évidant, et s'arrêter là ; si la fièvre tombe, il est inutile d'aller plus loin. Il est bien entendu que par cette voie on est amené à ouvrir quelquefois le crâne dès cette première séance et M. Berger cite un exemple dans lequel il sentit au fond de la cavité mastoïdienne un sequestre qu'il enleva et qui n'était autre que le rocher nécrosé.

Si les symptômes ne s'amendent pas, on est autorisé à aller plus loin.

Quand, au contraire, on se trouve en présence d'une localisation générale positive, il faut d'abord courir au plus pressé, c'est-à-dire trépaner au niveau de la lésion soupçonnée, quitte à revenir du côté de la mastoïde s'il y a lieu.

C'est la question de l'*encéphalocèle traumatique* qu'aborde ensuite M. Berger. Il n'en a jamais observé de consécutives à la trépanation, mais se souvient de deux cas dans lesquels une hernie du cerveau s'était montrée à la suite de fractures du crâne par enfoncement. Ces encéphalocèles augmentèrent de volume pendant trois ou quatre semaines et M. Berger ne les soumit à aucun traitement particulier et petit à petit elles se réduisirent d'elles-mêmes et participèrent même à la cicatrisation des parties molles. Ces faits sont importants à connaître à cause de la thérapeutique à instituer.

La conduite préconisée par MM. Berger et Picqué trouve l'assentiment des chirurgiens qui prennent ensuite la parole. C'est ainsi que M. Routier cite une observation qui donne raison aux arguments invoqués plus haut. C'est d'une femme de 26 ans, atteinte depuis 12 ans d'otorrhée, dont il s'agit dans son cas, Subitement une céphalée intense se déclara et M. Routier pratiqua la trépanation de l'apophyse mastoïde. La malade alla très bien jusqu'au quatrième jour, époque à laquelle elle eut 40° de température avec

quelques symptômes d'hébétude, mais sans douleur, sans paralysie, en un mot sans aucun autre signe. La trépanation cranienne fut décidée devant la gravité de l'état de la malade. Elle fut pratiquée au-dessus du conduit auditif. La dure-mère fut incisée ; une sonde cannelée fut même enfoncée dans la substance cérébrale ; mais on ne trouva pas de pus.

La malade alla cependant mieux, le jour même la température baissa, et deux ou trois jours après, M. Routier trouva une quantité considérable de pus dans le pansement. La malade guérit ; mais d'où venait ce pus, d'un abcès très voisin qui n'avait pu être trouvé, mais dont la voie ouverte avait permis l'évacuation.

M. Schwartz, quoique partisan de la conduite recommandée par MM. Picqué et Berger, n'a cependant jamais été obligé d'ouvrir le crâne pour des accidents d'otite suppurée. Il a cependant pratiqué beaucoup de trépanations de l'apophyse mastoïde et il a toujours vu l'amélioration se faire après l'ouverture des cellules osseuses. Un seul malade l'a préoccupé et son observation prouve qu'il est quelquefois difficile de savoir où se forment les abcès. Il s'agissait d'un homme qui, après trépanation de la mastoïde, fut pris de douleurs terribles dans les lombes que rien n'expliquait. Il mourut, et à l'autopsie on trouva une méningo-myélite suppurée ayant probablement débuté par la région lombaire ayant même envahi une partie du cerveau, mais sans aucune relation, toutefois, avec le rocher.

Certes, dit aussi M. Championnière en terminant la discussion, le tableau des symptômes fait par M. Picqué est trop simple.

La question est plus complexe et le diagnostic difficile à débrouiller. Aussi est-il d'avis de commencer par trépaner l'apophyse mastoïde et d'attendre.

Eugène Rochard.

De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique

par le professeur Tarnier

—

Le docteur Potocki vient de nous rendre le grand service de recueillir les leçons professées par M. Lasnier sur l'asepsie et l'antisepsie en obstétrique.

Il appartenait à M. Tarnier, plus qu'à tout autre, de faire ce livre car on peut dire, qu'il a été pour la majorité des accouchenrs français l'initiateur de l'antisepsie en obstétrique. La grave question de la fièvre puerpérale le préoccupait dès la fin de ses études médicales, il ne cessait d'y penser au milieu de ses autres travaux, il faisait passer la vieille Maternité de réforme en réforme, et aujourd'hui il goûte à juste titre, une joie sans mélange quand il montre à ses cours les tableaux comparatifs de la mortalité des femmes en couches autrefois et aujourd'hui.

Du 1er novembre 1888, moment où il a pris possession de la chaire de clinique, jusqu'au 1er juin 1894, sur 7,427 accouchements, il n'y a eu que 65 décès ainsi répartis : 18 morts sur 1,746 accouchements, pendant une première période durant laquelle toute femme qui accouchait recevait après la délivrance une injection intra-utérine de sublimé à 0,20 p. 1000 ; dans une seconde période (4,229 accouchements) 45 décès, on mettait alors en usage la microcidine, le sulfate de cuivre, etc., etc. 2 morts seulement (1,452 accouchements) dans une troisième période, au cours de laquelle la solution d'iode a été employée à 2 ou 3 p. 1000.

Le lecteur, en feuilletant le livre de M. Tarnier, verra en effet que l'auteur est partisan des injections intra-utérines après l'accouchement. Il attribue l'excellence de sa statistique d'hôpital à cette règle instituée par lui. Cependant il convient de dire qu'ailleurs on a d'aussi belles statistiques en se servant des injections intra-utérines par exception et non en règle. Je crois, pour ma part, que l'amélioration constante des statistiques dans les maternités où l'asepsie et l'antisepsie sont recherchées avec rigueur, tient en grande partie à ce que les étudiants commencent à être imbus des idées pastoriennes.

La partie de l'ouvrage traitée *con amore* concerne la clinique. On pouvait s'y attendre. Le lavage aseptique des mains du personnel d'un service d'accouchements est décrit avec un soin minutieux. On y verra l'ingénieux parti que M. Tarnier a tiré, avec d'autres, du permanganate de potasse, pour amener la désinfection des mains.

L'ouvrage commence par l'exposé théorique des conditions à réaliser dans les Maternités au point de vue de la construction, du mobilier, de la stérilisation des instruments, du linge, de la literie et des avantages de l'eau bouillie à 120° sur l'eau bouillie communément employée.

M. Tarnier, dans sa revue des antiseptiques, ne donne pas une brillante place au biiodure de mercure. Il en juge expérimentalement ; mais la clinique n'est pas toujours d'accord avec les expériences, et cliniquement le biiodure donne de très beaux résultats. M. Tarnier étudie en détail les divers accidents propres aux divers antiseptiques. Trois chromolithographies reproduisent l'éruption érythémateuse spéciale que détermine le sublimé corrosif. La conduite spéciale à tenir dans le cas de rétention des membranes dans la délivrance artificielle, dans la prophylaxie des lymphangites mammaires, dans l'emploi des couveuses, dans le traitement préventif de l'ophthalmie des nouveau-nés, et bien d'autres choses encore ont leur chapitre ou leur paragraphe dans ce volumineux ouvrage, où le praticien trouvera réponse à toutes les questions que pose la pratique quotidienne.

Dr Stapfer.

ACADÉMIE DES SCIENCES

DISTRIBUTION DES PRIX DE L'ANNÉE 1894

Prix Montyon. — 500 fr. — (Statistique). — Un prix est décerné à M. le docteur Faidherbe (de Roubaix), pour son travail intitulé : Etude statistique et critique sur le mouvement de la population de Roubaix.

Des mentions honorables sont accordées : 1° à M. le docteur A. Cartier (médecin de la marine), pour son manuscrit ayant pour titre : L'hygiène à Toulon ; 2° à M. le docteur E. Tartière (médecin militaire), pour son travail intitulé : Etudes statistiques, démographiques et médicales sur le département de la Meuse, avec une topographie médicale de la ville de Verdun.

Prix Jecker. — 10,000 fr. — (Chimie organique.) — Vu l'importance des travaux présentés au concours, quatre prix sont décernés, dont l'un à M. Chabrié, docteur ès sciences (de Paris), pour ses recherches de chimie physiologique et pathologique.

Prix Gamad Machado. — 1,200 fr. — Le prix n'est pas décerné ; un encouragement est accordé à M. le docteur Phisalix (de Paris), pour ses Etudes sur les changements de couleur de la peau des céphalopodes.

Prix Montyon. — 7,500 fr. — (Médecine et chirurgie.) — Trois prix de 2,500 fr. chacun sont accordés : 1° à M. le docteur Felizet (de Paris), pour son Traité des hernies inguinales de l'enfance ; 2° à M. le docteur Laborde (de Paris), pour son ouvrage intitulé :

Traitement physiologique de la mort ; 3° à M. le professeur Panas (de Paris), pour son Traité des maladies des yeux.

Des mentions honorables sont accordées : 1° à MM. les docteurs Le Gendre et Broca (de Paris), auteurs d'un Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale ; 2° à M. le docteur Vaquez (de Paris), pour son mémoire sur la Thrombose cachectique ; 3° à M. le docteur Vaudremer (de Paris), pour son travail sur les Méningites suppurées non tuberculeuses.

Eu outre, des citations sont accordées : 1° à M. le docteur Marcel Baudoin (de Paris), avec encouragement pécuniaire, pour son livre sur la Médecine transatlantique ; 2° à M. le docteur Ferreira, pour ses études sur la coqueluche ; 3° à M. le docteur Ernest Martin, ancien médecin-major de l'Ecole polytechnique, avec encouragement pécuniaire, pour son ouvrage sur l'opium, ses abus, mangeurs et fumeurs d'opium ; 4° à M. le docteur de Pietra-Santa (de Paris), pour ses recherches sur la fièvre typhoïde à Paris ; 5° à MM. les docteurs Voisin et Petit (de Paris), pour leurs recherches sur l'épilepsie.

Prix Barbier. — 2,000 fr. — Le prix est décerné à M. le professeur Henri Leloir (de Lille), auteur d'un Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes.

Des mentions honorables sont accordées : 1° à M. le docteur Artault (de Paris), pour ses recherches bactériologiques, mycologiques, zoologiques et médicales sur l'œuf de la poule ; 2° à M. le docteur Tscherning, pour l'instrument de son invention, l'aberroscope.

Prix Bréant. — 100,000 fr. — Un prix, prélevé sur les arrérages de cette fondation, est décerné à M. le professeur Arloing (de Lyon), pour ses travaux sur la péripneumonie épizootique des bêtes à cornes.

Prix Godard. — 1,000 fr. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Melville-Wassermann et Noël Hallé (de Paris), auteurs des deux mémoires intitulés : 1° Contribution à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre, et 2° Uréthrite chronique et étrécissements.

Prix Parkin. — 3,400 fr. — Le prix est décerné à MM. Behal et Choay, pour un travail manuscrit intitulé : Etude chimique complète des créosotes officinales et de leurs principaux composants.

Prix Bellion. — 1,400 fr. — Le prix est partagé entre MM. les docteurs Lardier (de Rambervilliers), pour ses nombreuses publications sur des questions de prophylaxie et sa part dans l'organisation sanitaire du département des Vosges, et Beni Barde et Materne (de Paris), auteurs d'un livre sur l'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur Renon (de Paris), pour son travail sur la pseudo-tuberculose aspergillaire.

Prix Mège. — 10,000 fr. — Le prix est accordé à M. le docteur L. Faure (de Paris), pour son étude sur l'appareil suspenseur du foie ; l'hépatoptose et l'hépatopexie.

Prix Lallemand. — 1,800 fr. — Le prix est décerné à M. le docteur Gley (de Paris) pour son étude des phénomènes physiologiques liés à l'activité psychique et pour une série de travaux sur la physiologie des nerfs.

Des mentions honorables sont accordées : 1° à M. le docteur de Nabias (de Bordeaux); 2° à M. le docteur P. Janet (de Paris), auteur d'un livre intitulé : Etat mental des hystériques.

Prix Monthyon. — 750 fr. (Physiologie). — Le prix est partagé entre MM. les docteurs Phisalix et Bertrand (de Paris), pour leurs travaux sur le venin, et M. le professeur Raphaël Dubois (de Lyon), auteur d'une monographie sur la pholade dactyle.

Des mentions honorables sont accordées à MM. Morot, Blanc et Philippon.

Prix Pourat. — 1,800 fr. — Question : Des influences qu'exercent le pancréas et les capsules surrénales sur le système nerveux et, réciproquement, des influences que le système nerveux exerce sur ces glandes, étudiées surtout au point de vue physiologique.

Le prix est décerné à M. Kauffmann, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Une mention avec encouragement pécuniaire est accordée à M. le docteur Thiroloix (de Paris).

Prix Monthyon. — 3,000 fr. (Arts insalubres). — Le prix est partagé entre M A. Balland (pharmacien militaire), auteur d'un ouvrage intitulé : Recherches sur les blés, les farines et le pain, et M. le professeur Layet (de Bordeaux), pour son ouvrage ayant pour titre : Hygiène industrielle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1897

(*Les concours seront clos fin février*)

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. — Question : Du rapport étiologique entre le choléra dit nostras et le choléra Indien.

Prix Alvarenga, Barbier, Buignet, Bourceret, Desportes, Vulfranc Gerdy, Godard, Laborie, Laval, Meynot, Monbinne, Nativelle, Oulmont, Vernois (voir plus haut les conditions de ces concours).

Prix Barbier. — 2,000 fr. — (Voir plus haut les conditions du concours.)

Prix Charles Boulard. — 1,200 fr. (Bisannuel). Au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible

Prix Mathieu Bourceret, Buignet, Chevillon, Desportes, Godard, Laborie, Laval, Meynot, Monbinne, Nativelle, Oulmont et Vernois. (Voir plus haut les conditions de ces divers concours.)

Prix Capuron. — 1,200 fr. — Question : de l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.

Prix Civrieux. — 800 fr. — Question : De l'hallucination dans les maladies mentales.

Prix Daudet. — 1,000 fr. — Question : Des angines couenneuses non diphtériques.

Prix Falret. — 900 fr. (Bisannuel). — Question : Le morphinisme et la morphinomanie.

Prix Hugo. — 1,000 fr. (Quinquennal.) — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Lefèvre. — 1,800 fr. (Triennal.) — Question : De la mélancolie.

Prix Orfila. — 2,000 fr. (Bisannuel.) — Question : Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysenterie, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?

Prix Portal. — 600 fr. — Question : Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.

Prix Pourat. — 600 fr. — Question : Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.

Prix Saintour. — 4,400 fr. (Bisannuel.) — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Saint-Lager. — 1,500 fr. — A l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thy-

roïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à des endémies goitreuses.

Prix Capuron. — 1,200 fr. — Question : De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux.

Prix Civrieux. — 1,000 fr. — Question : Valeur séméiologique des délires systématisés.

Prix Marie Chevallier. — 6,000 fr. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phthisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Daudet. — 1,200 fr. — Question : De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.

Prix Itard. — 2,400 fr. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Portal. — 600 fr. — Question : Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.

Prix Pourat. — 1,000 fr. — Question : De la tension sanguine intra-vasculaire.

Prix Philippe Ricord. — 600 fr. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevallier, Chevillon, Desportes, Godard, Hugo, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Roger, Saint-Paul, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pourront adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou imprimés, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des Eaux Minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'Enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

Prix Aubert. — 500 fr. — M. le Dr Aubert, de Mâcon (Seône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 fr. pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.

COURRIER

LES INOCULATIONS CONTRE LE CHOLÉRA DANS LES INDES

On ne possède pas encore la certitude de l'efficacité des inoculations préventives. Au mois de juin dernier, 25,000 personnes environ avaient été inoculées, mais les occasions de faire preuve de la valeur du remède n'ont pas été très nombreuses. Pourtant le docteur Simpson, de Calcutta, cite l'histoire d'une épidémie cantonnée dans un village des environs de Calcutta. Le choléra étant survenu dans ce village, 116 habitants furent tnoculés. Par la suite, 10 nouveaux cas se déclarèrent, aucun parmi les inoculés.

Le chirurgien-major Macræ, attaché au service médical indien, a rapporté le résultat d'un essai fait dans les prisons. Tous les prisonniers vivaient dans les mêmes conditions; plusieurs se soumirent à l'inoculation préventive. L'inoculation donna une immunité réelle, mais cette immunité n'aurait apparu qu'après plusieurs jours et elle aurait augmenté de jour en jour.

Il ne s'est pas écoulé un temps suffisant pour permettre une conclusion définitive. M. Haffkine espère qu'en modifiant la méthode actuellement en usage il poura obtenir plus rapidement l'immunité.

Pendant l'épidémie qui frappa le régiment de East Lancashire, à Lucknow, l'influence protectrice des inoculations ne se montra pas évidente, et on a cité ce cas comme une preuve de l'inefficacité des inoculations préventives. Ce fait a été le sujet d'un rapport spécial au Gouvernement de l'Inde. Jusqu'à sa publication, il n'est pas possible de se former une opinion sur sa valeur.

En résumé, il faut savoir attendre et le dernier mot n'est pas encore dit.

Les latrines en Orient. — M. Marse a étudié soigneusement, dans *The American Architect,* la question des latrines. Il fait remarquer avec raison qu'elles ne sont employées que par une infime partie du genre humain. Cependant il ne faudrait pas considérer exclusivement l'usage des latrines comme un résultat de la civilisation, puisque des voyageurs ont pu constater que les indigènes des îles Marquises enterraient leurs excréments et que les Néo-Zélandais avaient des cabinets d'aisance pour chaque groupe de trois ou quatre habitations (Burke, d'après Cook).

Nécrologie.— MM. Bonafond (de Salindres) ; Gérard Piogey, Gallois (de la Verpillière); Gingibre (de Balaruc) ; Haulin (de Ramillies) ; Salmon (de Chartres) ; Seché (de Le-May-sur-Eure) ; de MM. Ducrot, interne des hôpitaux de Lyon, et Henri Grosjean, externe des hôpitaux de Paris.

— La municipalité de Sydney (Australie) a décidé qu'une amende d'une livre sterling 25 francs) sera payée par toute personne qui crachera par terre, soit dans les édifices publics, soit dans la rue (*Austral. médic.* Gaz., 15 septembre).

(*Tribune médicale*).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Marie : Le purpura rhumatoïde; étiologie de la morphinomanie. — II. J. Rochard : Chronique de l'hygiène. — III. Société mdicale des hôpitaux. — IV. Thérapeutique appliquée. — V. Bibliothèque. — VI. Courrier.

« L'UNION MÉDICALE » EN 1895

—

L'*Union médicale* achève sa quarante-neuvième année. Pendant cette longue période, elle a vu naître et mourir bien des feuilles comme elle, d'autres se transformer, lutter pour la vie, passer de mains en mains.

L'incroyable pullulation des journaux, les changements que le temps apporte à nos habitudes scientifiques et professionnelles, ont modifié profondément les conditions matérielles du journalisme, ses aspirations, ses tendances. On n'y écrit plus de la même encre, on n'y cause plus sur le même ton avec ses lecteurs. On est plus froid et plus guindé, moins discuteur ; la critique a fait place au reportage à outrance, à l'information mal digérée.

Tout n'est pas vice dans cette évolution. Si l'*Union médicale* a gardé quelques vieilles habitudes, si même elle veut revenir à certains procédés qui rendaient les journaux plus variés, plus intéressants, d'autre part elle n'ignore pas qu'il faut savoir accepter certaines formes et satisfaire aux exigences de son temps. Aussi va-t-elle inaugurer, avec l'année qui vient, un mode de publication tout nouveau.

Le lecteur, notamment, veut être servi à très bon marché. L'*Union médicale* de 1895 ne coûte presque rien : 5 francs par an. Elle devient hebdomadaire, grandit son format, renouvelle ses caractères. Dirigée par MM. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et Richardière, médecin des hôpitaux de Paris, elle donne une place égale aux hardiesses de la chirurgie moderne et aux magnifiques progrès accomplis par la médecine en pathologie générale, en thérapeutique, en hygiène. Elle garde pour rédacteur en chef Eugène Rochard, chirurgien des hôpitaux, dont l'intelligente activité lui a valu, depuis deux ans, de précieuses adhésions et d'unanimes encouragements.

L'*Union médicale* veut suivre le mouvement contemporain sans obéir aveuglément à la mode, et revêtir dès maintenant la forme sous laquelle elle fêtera son cinquantenaire.

L.-Gustave Richelot.

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Marie

Le purpura rhumathoïde. — Etiologie de la morphinomanie

Messieurs,

Ce petit malade, âgé de 19 ans, est entré ici mercredi dernier, présentant un purpura très marqué sur les membres inférieurs.

Garçon d'office, obligé de se tenir debout pendant de longues heures dans une pièce froide et humide, ce jeune homme était placé dans des conditions d'autant plus pénibles que ses antécédents sont loin d'être bons. A 5 ans il a eu des ganglions au cou, un peu plus tard une fièvre typhoïde. En 1891, les ganglions du cou ont dû être opérés à Saint-Louis et vous voyez qu'il porte des deux côtés des séries de cicatrices. Puis le malade a encore eu une broncho-pneumonie, une éruption furonculeuse du tronc et enfin un érisypèle de la face qui a débuté par le nez. Ce dernier est gros comme chez les strumeux et les narines présentent des érosions, des ulcérations chroniques ; comme chez les strumeux aussi, l'érysipèle a été blanc, sans grande réaction.

En 1894 est survenue une première attaque de purpura ; elle s'est produite sans cause bien appréciable. Cependant le malade invoque des chagrins de famille, des ennuis variés. Il se trouvait ces jours derniers dans la même situation morale fâcheuse et, de plus, pour noyer son chagrin, il a fait des excès alcooliques ; il nous a avoué, en effet, que, pendant les quelques jours qui précédèrent l'attaque, il a bu beaucoup plus que d'habitude, 5 à 6 petits verres de cognac, des amers, etc.

Le 17 décembre, le malade se trouvait au théâtre lorsqu'il fut pris de frissons, de nausées, et il se sentit si mal en train qu'il voulut rentrer chez lui. A ce moment il souffrait tellement dans les jambes que la marche était très difficile, les genoux, les cou-de-pieds étaient surtout douloureux. En se couchant il constata l'existence à la partie interne des cuisses de larges placards rouges. Le 18, l'efflorescence cutanée était à son maximum et ressemblait à celle de la scarlatine, aussi le malade demanda-t-il son admission.

Lorsque je le vis, je constatai tout d'abord que l'éruption n'était pas cohérente ; elle était constituée par une grande quantité de points rouges, occupant pour la plupart la base d'un poil ; ces points disparaissaient à la pression du doigt. Il s'agissait donc de petites hémorrhagies isolées occupant la base d'un poil, de pétéchies, en un mot, le terme d'ecchymoses s'appliquant à des hémorrhagies diffuses.

La localisation des pétéchies était remarquable ; elles affectaient, en effet, une symétrie grossière et occupaient les mêmes régions des deux côtés.

La jambe était rouge depuis la partie supérieure de la rotule jusqu'au cou-de-pied ; sur le pied il y avait très peu de pétéchies et elles disparaissaient à partir de l'extrémité postérieure des métatarsiens. La partie interne des deux cuisses présentait aussi des efflorescences très développées, mais elles s'arrêtaient au niveau de la partie moyenne du membre. Plus haut, rien.

L'éruption s'est accompagnée d'un peu de fièvre ; cette dernière, du reste, a toujours été très modérée et le thermomètre, le jour de l'entrée, n'a pas dépassé 38°. Les troubles gastriques ont été assez marqués au début, mais

ont disparu rapidement ; enfin les poumons, le foie, les reins n'ont rien présenté d'anormal.

Du côté du cœur il y a quelque chose à noter. En effet, le malade, depuis quelques jours, se plaint d'avoir des étouffements douloureux très pénibles ressemblant à ceux de l'angine de poitrine. L'auscultation du cœur, celle de l'aorte restent négatives. Comme, d'autre part, les accidents se produisent après les repas, que la douleur n'est pas exactement rétro-sternale mais a une tendance à siéger du côté gauche, vers la pointe du cœur, qu'il n'y a pas d'irradiation vers le bras, nous devons admettre qu'il s'agit d'une de ces pseudo-angines d'origine grippale si fréquentes chez les névropathes.

Nous sommes ici en présence, Messieurs, de cette variété de purpura rhumatismal que Schoenlein a décrit sous le nom de péliose rhumatismale.

Au début de ce siècle le scorbut était une entité morbide très vaste, très mal définie, jouant dans la pathologie un rôle presque aussi grand qu'actuellement l'arthritisme. Schroenlein s'efforça d'individualiser ce qu'il appela la péliose rhumatismale et si nous relisons sa description nous verrons qu'il a parfaitement tracé le tableau clinique de la maladie qui nous occupe.

Il a indiqué, en effet : le caractère non confluent des ecchymoses, les douleurs rhumatismales, un œdème douloureux au toucher, c'est-à-dire le gonflement des jambes, la localisation presque complète de l'éruption entre les genoux et les cou-de-pieds, l'absence d'hémorrhagies. Pour ce dernier caractère, il n'était pas tout à fait dans le vrai cap, et ce fait n'a rien d'exceptionnel, notre malade a eu plusieurs épistaxis. Il est certain qu'on pourrait chez lui rattacher l'écoulement sanguin à l'existence des ulcérations nasales, mais, en réalité, les hémorrhagies peuvent se rencontrer et si Schoenlein avait insisté sur leur absence, c'était afin de séparer plus nettement son entité morbide du groupe des scorbuts.

Une seule chose est à changer dans la description de Schoenlein : le nom qu'il avait donné à la maladie. Nous ne nous souvenons plus guère que péliose signifie ecchymose et il est plus simple d'employer la désignation commode de purpura rhumatoïde.

Le purpura se montre surtout chez les gens surmenés, qu'il s'agisse de surmenage physique, marches forcées ou stations debout prolongées, ou de surmenage moral. Lasègue avait signalé la fréquence de la maladie chez les sergents de ville. Notre malade est doué d'une résistance médiocre, il est strumeux, il a subi à la fois un surmenage physique et un surmenage psychique, rien d'étonnant donc à ce qu'il ait présenté un purpura rhumatoïde, d'autant plus qu'il s'est alcoolisé d'une façon massive pendant quelques jours. L'alcoolisme, en effet, prédispose au purpura ainsi que l'a montré Lancereaux.

La marche de la maladie est très simple. Elle ne dure que quelques jours et notre malade est déjà en pleine convalescence. Il n'y a chez lui qu'un petit point noir, c'est la pseudo-angine de poitrine ; il faudra donc toujours surveiller de près son système circulatoire.

J'ai tenu, Messieurs, à vous montrer cette vieille femme qui a la partie

supérieure des cuisses et le ventre couverts, comme vous le voyez, d'éléments éruptifs très nets, disposés en quinconce sur l'abdomen. Ces éléments sont d'aspect très variés, les uns sont des ulcérations plus où moins croûteuses, en d'autres points il s'agit de simples tuméfactions, enfin çà et là il y a des îlots de tissu cicatriciel plus ou moins coloré, plus ou moins livide.

Je vous le dis de suite, il s'agit là de lésions consécutives à des injections de morphine.

La nature de lésions de ce genre peut être complètement méconnue. Je me souviens d'avoir vu il y a quelques années, à la Charité, un malade regardé comme morveux et qui n'était en réalité qu'un morphinomane ; le diagnostic avait cependant été posé par un médecin éminent dont le seul tort était de n'avoir point passé, comme moi, par la Salpêtrière, où les cas de ce genre sont fréquents.

Vous n'avez pas, la plupart du temps, souvenez-vous bien de ce fait, à vous fier aux déclarations du malade pour établir votre diagnostic, car le morphinomane est essentiellement menteur et n'avoue que lorsqu'on le prend la seringue à la main.

Notre malade est devenue morphinomane d'une façon intéressante. Elle semble avoir toujours eu des troubles dans le fonctionnement de ses organes génitaux internes. C'est ainsi qu'elle a été formée tardivement, que son accouchement a été difficile et que les règles ont été supprimées à 33 ans. Puis elle a été prise de douleurs abdominales si violentes qu'en 1891 on lui a fait l'hystérectomie. Mais, après un soulagement passager, les douleurs sont revenues de plus belle. On a fait, Messieurs, surtout en Angleterre et en Amérique, un grand nombre d'opérations de ce genre contre les douleurs abdominales et, dans un grand nombre de cas, les souffrances ont reparu après une interruption momentanée. Vous avouerez que ce n'est pas la peine de priver les femmes de leur utérus pour arriver à ce résultat.

En 1892, notre malade, souffrant terriblement, a commencé à se faire des injections de morphine et, comme toujours, elle a été peu à peu forcée d'augmenter les doses pour obtenir le calme ; progressivement elle est devenue morphimane. Un moment elle a pris jusqu'à 1 gr. 20 de morphine par jour. Actuellement on lui fait avec une solution à 1/50 c. trois séances de cinq injections chacune.

Inutile d'insister sur les phénomènes de morphinisme que présente cette femme : l'hyperesthésie cutanée, la constipation opiniâtre, l'éréthisme douloureux, la fréquence du pouls rentrent dans le tableau clinique habituel.

Je préfère vous parler pendant quelques instants de l'étiologie de la morphinomanie. Ne devient pas morphinomane qui veut. En réalité, il faut être prédestiné par une déséquilibration particulière du système nerveux Très fréquemment, les hypocondriaques, ceux pour qui la moindre souffrance physique ou morale devient une torture, recourent à la morphine qui les soulage pour un temps et en apparence. Les érotomanes, d'autre part, s'adressent souvent au poison afin de rendre leurs jouissances plus aiguës, plus profondes, afin aussi d'augmenter, temporairement toujours, leur puissance génitale. D'autres deviennent morphinomanes par curiosité, pour rechercher des sensations nouvelles, parce qu'ils y sont poussés par des amis. Il est à remarquer, en effet, que le morphinomane, même lorsqu'il

en est arrivé à la période où les souffrances deviennent terribles, a une véritable rage de prosélytisme, cherche à faire autour de lui de nouvelles victimes. Ces dernières sont souvent des femmes soit du monde soit du demi monde en proie à l'oisiveté. Ce sont aussi souvent des malheureux que la faiblesse de leur tempérament, les conditions dans lesquelles ils se trouvent, rendent incapables de suffire à la tâche qui leur incombe. En effet, messieurs, bien que le poison coûte fort cher, ce ne sont pas seulement les riches qui deviennent morphinomanes et un grand filateur du Nord me disait dernièrement que bon nombre de ses ouvriers, déjà adonnés à l'alcool, prenaient de plus de la morphine.

Enfin, messieurs, le médecin, par complaisance, par négligence, laisse parfois devenir morphinomanes des malades qu'il aurait dû surveiller à ce point de vue.

Mais lui-même n'est pas une des moindres victimes du poison et il faut bien savoir que la profession médicale est celle qui comprend le plus de morphinomanes. Sur 85 morphinomanes observés par Burckard, il y avait 45 médecins, et Obersteiner en a compté 97 sur 143 malades. Si nous consultons une statistique française, nous voyons que Landowsky, sur 160 malades relevait 56 médecins. Les femmes des médecins elles-mêmes sont proportionnellement beaucoup plus souvent morphinomanes que les autres femmes et on arrive, en recensant les chiffres des différents auteurs, à cette effrayante constatation que, parmi les morphinomanes hommes il y en a une moitié qui sont des médecins et qu'un cinquième des morphinomanes femmes sont des épouses de docteurs.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La sérumthérapie à la Société de médecine de Berlin. — Essai sur l'homme de l'antitoxine tétanique. — Les vaccinations anticholériques dans l'Inde. — Le pain de guerre.

Il est impossible, dans cette dernière chronique, de ne pas parler une dernière fois de la sérumthérapie, surtout au moment où elle vient d'être l'objet d'une attaque directe. Il est inutile de dire que c'est de l'Allemagne qu'elle est venue, ainsi que nous l'avions fait pressentir. C'est un assistant du professeur Virchow, le docteur Hansemann, qui a fait entendre cette protestation le 28 novembre dernier, à la Société de médecine de Berlin. Sa communication avait pour titre : *Sur les inflammations des reins consécutives aux injections du sérum curatif de Behring* ; mais il ne s'en est pas tenu là, il s'en est pris au bacille de Lœffler dont il conteste la spécificité et la valeur diagnostique, à la théorie de l'immunisation qu'il considère comme une simple hypothèse, à l'existence même des antitoxines que personne, dit-il, n'a jamais vues ni isolées à l'état de pureté. Il termine sa communication par les trois conclusions suivantes :

1° Il n'existe ni preuves scientifiques ni preuves expérimentales établissant que le sérum de Behring est un remède spécifique de la diphtérie humaine ;

2° La pratique médicale n'a pas non plus fourni de preuves à ce sujet ;

3° Le sérum de Behring peut, le cas échéant, produire des effets nuisibles.

On le voit, la négation est complète et ne laisse rien debout, seulement elle a le tort d'être un peu tardive. On l'aurait comprise il y a deux mois, alors que l'expérience n'avait pas parlé, et j'ai moi-même fait des réserves à cette époque; mais aujourd'hui, lorsque depuis trois mois on a recours à ce traitement dans l'Europe entière, que toutes les Sociétés médicales en ont parlé, que des milliers d'enfants lui doivent la vie, il est un peu tard pour infirmer ces résultats, pour révoquer en doute les statistiques et pour opposer à toute ces guérisons le fait unique d'un enfant mort de néphrite à la suite d'injections répétées de sérum antitoxique. Des accidents ont été également observés dans les hôpitaux de Paris. Le docteur Le Gendre, qui a inauguré le traitement à l'hôpital Trousseau, en a cité quelques exemples à la Société de médecine des hôpitaux, dans la séance du 14 décembre, dont il a été rendu compte dans ce journal (1) ; mais il ne méconnaît pas pour cela les bienfaits de la sérumthérapie ; il recommande seulement de se montrer plus réservé dans son emploi, de ne pas y recourir à moins de danger imminent, lorsque le diagnostique bactériologique n'aura pu être établi et de renoncer, pour le moment, à son emploi préventif. Les praticiens, du reste, se décideraient difficilement à renoncer à un traitement qui leur donne de si beaux résultats et le public y renoncerait plus difficilement encore. La sérumthérapie est devenue populaire à ce point que les paysans eux-mêmes la réclament. Dans les campagnes les plus reculées de la Bretagne, ils demandent au médecin le *louzou nevez*, le nouveau remède.

Je crois donc que M. Hansemann ne sera pas suivi dans la campagne qu'il a entreprise. Il a, du reste, été désavoué séance tenante par son maître Virchow Après avoir cité les résultats de la pratique de Behring, qui avait abaissé la mortalité à 12,6 p. 100, au lieu de 47,8, l'éminent professeur ajoute :

« Il n'y a aucun doute possible sur les heureux effets de la sérumthérapie « antidiphtérique. Il n'y a pas de considérations théorique qui tiennent « devant la brutalité de ces chiffres ».

— L'antitoxine tétanique a été expérimentée en Autriche. Le docteur E. Schwartz en a récemment communiqué une observation à la Société des médecins de Vienne. Le malade a succombé au bout de quatre jours Les injections d'antitoxine ont fait cesser les convulsions, mais elles ont augmenté notablement l'hyperthermie et déterminé une production exagérée de principes azotés. Cet essai n'est pas encourageant, mais on ne peut en conclure qu'une chose, c'est qu'il faut continuer les recherches.

— Le docteur Haffkine, dont nous avons parlé dans l'*Union médicale* du 18 décembre, poursuit, dans l'Inde, le cours de ses vaccinations anticholériques. A la prison de Gouja, il a inoculé 215 détenus sur 452 et tous ses opérés ont été indemnes lorsqu'ils ont pu atteindre le huitième jour après la première injection, tandis que, parmi ceux qui ne l'ont pas subie, il y en a eu huit d'atteints et deux d'entre eux sont morts. Nous avons dit qu'il avait trouvé une aide puissante chez les officiers de l'armée anglaise; il n'en a pas été même parmi les natifs ; le préjugé religieux s'oppose chez eux à l'emploi de la méthode. Il n'est pas permis aux sectateurs de Brahma

(1) *Union médicale*, n° du 18 décembre 1894, p. 8?7.

de se laisser introduire dans le corps une matière étrangère impure (1).

— Le ministre de la guerre vient de prendre une mesure très importante au point de vue de l'hygiène du soldat. Il a décidé qu'à partir du 1er janvier 1895, le *pain de guerre* remplacera définitivement le biscuit dans les approvisionnements nécessaires à l'alimentation des troupes en campagne. Il y a longtemps que cette question est à l'étude. Le biscuit est un aliment d'un autre âge. Il est d'une mastication difficile et, pour se consommer, on est obligé de le ramollir, en le trempant dans l'eau ou dans la décoction de café.

Les soldats éprouvent pour cet aliment une répugnance telle qu'en temps de paix, on a constaté que, sur 122,000 quintaux qu'on en distribue, il n'y en a que 200 de consommés. Ce gaspillage représente une perte de cinq millions de francs (2).

Le service de santé de l'armée et l'intendance cherchaient depuis longtemps le moyen de remédier à cet inconvénient. On a essayé d'abord de dessécher le pain de munition ; mais il faut de trente à quarante jours pour amener les pains de 750 grammes à ne plus contenir que 12 à 14 p. 100 d'eau.

On a successivement essayé *le pain comprimé Bernard. le biscuit pain Faille*, *le bispain Serrant*, le pain condensé *Eon Onillon*; enfin, en décembre 1892, l'administration adopta *le pain comprimé Perrier* et le fit entrer à titre d'essai, dans l'alimentation des troupes. Avant de l'adopter d'une manière définitive, le ministre, par une circulaire, en date du 10 avril 1894, ouvrit un concours entre les industriels pour la fabrication d'un *pain de guerre*, c'est à dire d'un produit réunissant, sous un très petit volume, les qualités nutritives et digestives du pain ordinaire.

Ce produit, dit la circulaire, doit être susceptible de se conserver sans altération pendant un an. Ses dimensions doivent permettre son placement facile dans le sac du soldat ; il doit résister aux chocs occasionnés par les différents modes de transport. Il sera fabriqué avec des farines de blé tendre, des levains de pâte, de l'eau et du sel Sa forme sera carrée ou rectangulaire, la croûte peu épaisse, la mie blanche et poreuse, l'odeur et la saveur agréables. Il devra être d'une siccité parfaite, ne pas s'émietter et se gonfler complètement après dix minutes d'immersion dans de l'eau à 50 degrés (3).

Il paraît que ce concours n'a pas donné de résultats supérieurs au *pain comprimé Perrier*, car on a adopté ce dernier qui s'est bien conservé depuis deux ans qu'il est en expérience sous le climat si différent de l'Algérie et de nos places de l'Est.

Jules ROCHARD.

(1) Communication au Comité consultatif d'hygiène publique.
(2) Véry, alimentation du soldat (Encyclopédie d'hygiène. T. VII, p. 185.)
(3) Circulaire ministérielle du 10 avril 1894.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

—

Séance du 18 octobre. — Présidence de M. Ferrand

La notion de l'*origine infectieuse de la sclérose en plaques* est acceptée aujourd'hui par un grand nombre d'auteurs. On sait qu'elle peut apparaître soit au cours, soit plus souvent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la dysenterie, de la diphtérie, etc. M. Rendu communique aujourd'hui deux cas fort intéressants dans lesquels la grippe paraît en être la cause.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 33 ans qui fut pris, en mars 1893, il y a par conséquent 18 mois, d'une grippe d'intensité moyenne, avec convalescence un peu traînante, comme cela s'observe souvent. Le 3 mai suivant, ce malade était pris d'hémiplégie droite intéressant la face, sans hémianesthésie, sans céphalalgie, sans secousses convulsives. M Rendu élimina à ce moment les hypothèses de syphilis cérébrale et d'hystérie, et conclut à l'ischémie cérébrale. Sous l'influence de l'iodure de potassium et de douches, en trois semaines, le malade était guéri ; si bien qu'il put, quelque temps après, faire ses 28 jours.

En novembre, le malade fut pris de phénomènes pseudo-paraplégiques avec titubation faisant penser à une lésion cérébelleuse, de vertiges et de céphalée. Il n'y avait pas de troubles oculaires, pas de signe de Westphal ni de Romberg, un peu d'anesthésie par places aux membres inférieurs, un peu de gêne de la déglutition faisant supposer que le bulbe était touché. M. Raymond, appelé à ce moment, pensa qu'il s'agissait d'une neurasthénie à type anormal et prescrivit le séjour à la campagne. En effet, l'amélioration se produisit rapidement Mais, au mois de mars dernier, sans causes appréciables, la paraplégie reparut accompagnée de paresse vésicale et d'inertie cérébrale. En mai, il y avait de l'astasie-abasie avec perte du sens de l'équilibre ; les réflexes rotuliens étaient exagérés et on constatait des phénomènes spasmodiques du côté des membres inférieurs.

Après une nouvelle période d'amélioration, le malade fut pris, en septembre dernier, pendant la nuit, d'une attaque apoplectiforme qui a laissé à la suite le tremblement caractéristique de la sclérose en plaques. Actuellement, le malade présente le tableau classique de cette dernière affection ; il s'agit donc d'une sclérose en plaques disséminées à la fois dans la moelle et le cerveau et dont l'origine est évidemment une grippe.

Le second fait de M. Rendu est assez différent du premier. Il s'agit ici d'une fillette de 3 ans qui, à la suite d'une grippe, fut prise d'accidents convulsifs unilatéraux donnant le tableau de l'épilepsie jacksonienne. L'enfant était considérablement amaigrie, elle vomissait, avait de la diarrhée. Les crises convulsives se renouvelèrent un certain nombre de fois laissant après elles une hémi-parésie gauche.

M. Rendu pensait qu'il s'agissait d'un tubercule cérébral. L'amélioration se produisit cependant ; quelque temps après l'enfant put être envoyée à la campagne. Aujourd'hui elle est complètement guérie ; il lui reste cependant une légère impotence des extenseurs et des péroniers latéraux de la jambe gauche. M. Rendu pense qu'il s'est agi ici d'une sclérose purement cérébrale, d'une plaque d'encéphalite corticale de la zone motrice, consécutive probablement à une artérite infectieuse d'origine grippale.

Il ne s'agit point, dans ce dernier fait, d'une sclérose en plaques de l'enfance telle que M. Marie l'avait décrite autrefois. La sclérose était ici localisée exclusivement au cerveau. D'ailleurs, pour ce qui est des opinions émises dans son mémoire, M. Marie vient une fois de plus aujourd'hui déclarer qu'elles ne sont pas justes. La sclérose en plaques chez les enfants n'est pas fréquente, comme il l'avait cru tout d'abord ; elle est même rare. M. Marie pense que, dans tous les cas qu'il a rapportés, il s'agissait probablement de sclérose cérébrale à forme lobaire.

M. Marie regrette d'autant plus son erreur que son travail a servi de base à plusieurs autres tendant à créer un type de sclérose en plaques infantile dont la réalité lui paraît fort douteuse aujourd'hui.

M. Œtelnger communique ensuite une intéressante observation relative à un cas d'*abcès aréolaire du foie*.

Il s'agit d'un homme âgé de 29 ans, sans antécédents pathologiques, qui fut pris brusquement d'une vive douleur hépatique, avec frisson, et élévation considérable de la température. Plusieurs abcès hépatiques se formèrent : l'un s'ouvrit par vomique dans les bronches, un second, très volumineux, fut incisé chirurgicalement.

Le malade succomba au bout d'un mois, avec tous les symptômes d'une septicopyohémie aiguë.

L'autopsie révéla l'existence dans le foie, outre les abcès constatés pendant la vie, de nombreux abcès aréolaires développés dans l'intérieur du parenchyme hépatique. L'examen histologique et bactériologique permit de constater que ces abcès s'étaient formés au pourtour des ramifications de la veine porte et des vaisseaux intralobulaires ; on trouvait, en effet, dans les parties du foie voisines des abcès, de nombreux infarctus microbiens constitués par des streptocoques et des staphylocoques que la culture montra être virulents.

L'absence de toute autre lésion viscérale permet de supposer que ces abcès étaient primitifs ou n'étaient du moins que l'expression hépatique d'une infection générale.

M. Œttinger insiste sur la pathogénie des abcès aréolaires qu'il suppose être dus au développement simultané d'un grand nombre de germes pathogènes dans le parenchyme hépatique ; il les considère plutôt comme une forme anatomique des suppurations du foie que comme des abcès possédant une pathogénie et une étiologie spéciales. La preuve est que tantôt ils se montrent comme une complication d'une lésion suppurée des voies biliaires, tantôt comme un accident survenant au cours d'une lésion intestinale, tantôt enfin comme une lésion d'apparence primitive.

On comprend pourquoi les auteurs qui les ont étudiés ont tantôt pensé qu'ils étaient d'origine biliaire, tantôt qu'ils avaient pour point de départ une lésion portale, ou sus-hépatique. En réalité, leur pathogénie et leur mode de formation sont variables suivant les cas.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

Traitement du tænia

— Les tænias qui existent en France, sont le tœnia inerme et le tænia solium. Ils se développent surtout chez les personnes qui font usage de viande crue ou mal cuite. Le tænia inerme est le plus fréquent; c'est aussi le plus gênant, car ses anneaux peuvent sortir spontanément.

Avant d'instituer le traitement il convient que le médecin s'assure qu'il y a réellement des anneaux rendus; il doit donc toujours demander à voir le corps du délit.

La pelletiérine de Tanret est le meilleur tænicide. Dujardin-Beaumetz la prescrit de la manière suivante :

La veille, prendre un grand lavement; au repas du soir ne manger que du laitage ; le lendemain matin prendre, à jeun ; 0,30 de sulfate de pelletiérine dans une solution contenant 0,50 de tannin ; boire dix minutes après un verre d'eau, puis, au bout de trois quarts d'heure, prendre 50 gr. d'huile de ricin.

Chez l'enfant, il ne faut pas se servir de pelletierine, mais prescrire la graine de courges :

Semences de courges récemmènt mondées. } ââ 40 gr.
Sucre .... }
Eau de fleur d'oranger .... q. s.

Pour une pâte.

— Si le traitement échoue, il ne faudra redonner un tænifuge que lorsque le malade rendra de nouveau des anneaux. Le malade doit aller à la selle sur un vase rempli d'eau et ne jamais tirer sur le ver.

— En cas d'échec de la pelletiérine, si le malade refuse de recourir à ce médicament une seconde fois, on s'adressera à l'extrait éthéré de fougère mâle.

La formule de Créquy est la meilleure :

Extrait éthéré de fougère mâle.. 0,50
Calomel........................ 0,05

Pour une capsule.

Le malade ne prend que du lait la veille au soir, puis le matin il avale 12 à 14 capsules à jeun de 5 en 5 minutes. Si l'expulsion n'a pas eu lieu au bout de 2 à 3 heures, on donne 60 à 100 gr. de sirop d'éther, puis 50 à 60 gr. d'huile de ricin.

BIBLIOTHÈQUE

Chirurgie opératoire du système nerveux, tome 1er, chirurgie cranio-cérébrale. Un vol. in-8° de 745 pages avec 431 figures, dont 209 en couleur. Préface du professeur Terrier, par le docteur A. Chipault.

Notre ami Chipault, dont on connaît la compétence en chirurgie du système nerveux, publie le livre que nous présentons.

Ce volume réunit pour la première fois les documents relatifs à la chirurgie opératoire du crâne et du cerveau. C'est dire qu'y sont traitées une foule de questions peu ou pas connues en France, et ainsi que le dit le professeur Terrier dans sa préface, elles sont non seulement mises au point, mais toujours complétées par des recherches ou des documents inédits Les bibliographies, les statistiques sont exactes et complètes. Mais à côté, les procédés originaux, les recherches anatomiques personnelles, les instruments nouveaux abondent.

Ce livre, d'une lecture facile, rendue plus claire encore par les figures inédites très nombreuses contenues dans le texte et dues à l'auteur lui-même est indispensable aux chirurgiens et aux neurologistes.

Nous félicitons l'auteur d'avoir mené à bien ce premier volume qui nous fait attendre e second avec impatience et nous leur souhaitons le succès qui leur est dû.

—

Nimier et Despagnet. Traité élémentaire d'ophtalmologie, 1 vol. de 938 p. avec fig. E. Alcan, éditeur.

Ce livre comprend, exposé de façon à être mis à la portée de tous, la symptomatoogie et la thérapeutique des maladies des yeux. Sans doute l'anatomie et la physiollogie de l'œil sont décrites à côté de la clinique, mais d'une manière extrêmement succincte. Quoique conçu sur le mode habituel des précédents traités, cet ouvrage ne fait pas double emploi avec enx. Les auteurs sont, du reste, là-dessus suffisamment explicites et nous leur laissons la parole : « Nous avons voulu, disent-ils, simplement nous rendre au désir souvent exprimé par nos élèves de publier les leçons que, depuis des années, nous avons faites à l'Ecole pratique, au Val-de-Grâce, ou dans notre clinique. C'est dire que nous avons surtout écrit pour ceux qui commencent les études ophtalmologiques; sans chercher à être complets, nous avons essayé d'analyser les diffé-

rentes théories nouvelles et les méthodes thérapeutiques généralement employées aujourd'hui. »

Si nous parcourons l'ouvrage, nous remarquerons plus spécialement les maladies des paupières avec son remarquable chapitre des blépharites, les affections de la conée, de l'iris et du cristallin, traitées avec une extrême précision.

La partie qui concerne la réfraction, est, comme on pouvait s'y attendre de la part d'un de nos plus distingués confrères de l'armée, une étude faite de main de maître. Les méthodes d'examen de l'œil, en particulier la skioscopie, cette méthode si française, journellement en usage aujourd'hui, les méthodes destinées à déjouer la simulation de l'amaurose, tout cela constitue autant de chapitres où tout le monde et le médecin militaire en particulier trouvera un guide sûr et détaillé.

Nous n'insisterons pas sur le reste de l'ouvrage, où il faut cependant observer le soin avec lequel les auteurs se sont attachés à noter les rapports des maladies du nerf optique avec les maladies nerveuses ; il se termine par les maladies des voies lacrymales et de l'orbite et comprend, en appendice, la loi sur l'aptitude visuelle au service militaire.

L'ensemble des méthodes thérapeutiques s'inspire des procédés de M. Galezowski, mais on trouverait, en bien des points, des notions nouvelles ou modifiées. Il s'agit, en somme, d'un traité élémentaire, parfaitement homogène, où la clinique et la thérapeutique oculaires sont mises en lumière avec clarté et dont une brève analyse ne peut exposer toute la valeur.

COURRIER

—

Concours d'agrégation de médecine. — Le concours d'agrégation (pathologie interne et médecine légale) a commencé par l'épreuve de trois quarts d'heure, le 18 décembre. Aux deux premières séances ont passé, le 18 : MM. Zilgien et Besançon ; le 19 : MM. Thoinot et Charmeil. Les autres candidats subiront cette épreuve dans l'ordre suivant : le 20, MM. Achard et Rispal ; le 21, MM. Bret et Ferrier ; le 22, MM. Specker et Lion ; le 24, MM. Le Dantec et Widal ; le 26, MM. Daunic et Barbier ; le 27, MM. Sacaze et Lesage ; le 28, MM. Brunelle et Hobbs ; le 29, MM. Foveau et Springer.

Janvier 7, MM. Ausset et Sabrazès ; le 8, MM. Chatin et Gilles de la Tourette ; le 9, MM. Thiroloix et Girodet ; le 10, MM. Legay et Wurtz ; le 11, MM. Dupré et Etienne ; le 12, MM. Frenkel et Duflocq ; le 14, MM. Claisse et Bosc ; le 15, MM. Renon et Morel ; le 16, MM. Collet et Boyer ; le 17, MM. Arnoul et Pic ; le 18, MM. Blocq et Mosny ; le 19, MM. Vaquez et G stou.

Les deux dictionnaires ont été mis à la disposition des candidats.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur Zilgien est institué suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

Collège de France. — M. d'Arsonval, préparateur de la chaire de médecine au Collège de France, est nommé professeur en remplacement de M. Brown-Séquard.

Hôpitaux de Paris. — A la suite de la titularisation de deux places dans les hôpitaux d'enfants, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux : M. Sevestre passe aux Enfants-Malades ; M. Netter, à Trousseau ; M. Vaviot, à Trousseau ; M. Babinsky à la Pitié ; M. Richardière à Hérold ; M. Mathieu à Tenon ; M. Delpeuch à Tenon ; M. Lermoyer à Sainte-Périne ; M. Œttinger aux Ménages ; M. Le Gendre à Aubervilliers ; M. Bourcy à la maison Dubois ; M. Roger à la maison Dubois.

Crédit pour la sérumthérapie. — Dans sa séance du 20 décembre dernier, le Conseil général de la Seine a, sur la proposition d'un de ses membres, voté un crédit de 5,000 fr.

pour assurer la distribution du sérum antidiphtérique aux communes du département de la Seine.

Loi sur la pharmacie. — Au cours de sa deuxième délibération sur le projet de loi relatif à l'exercice de la pharmacie, le Sénat a modifié l'article 12. Voici le texte voté :

« L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d herboriste est interdit, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels de ces deux diplômes.

« Les médecins exerçant dans une commune où il n'y a pas d'officine de pharmacien pourront porter des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. Ils seront soumis à toutes les obligations résultant, pour les pharmaciens, des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la commune qu'ils habitent, sont autorisés à administrer soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique. »

Paquets de pansement. — Le ministre de la guerre a décidé, à la date du 3 novembre dernier, que, pour contenir, dans les magasins de compagnie, escadron, etc., les paquets individuels de pansement attribués, en cas de guerre, aux officiers et hommes de troupe, on devra employer :

1° Les caisses d'emballage ayant servi à l'envoi des paquets de pansement ;

2° A défaut de ces caisses, celles provenant des expéditions des médicaments et du matériel aux infirmeries régimentaires. Quant aux corps qui, par suite de la proximité de l'établissement livrancier, reçoivent ces paquets de pansement sans caisses d'emballage, il appartiendra à M. le Directeur du service de santé de faire délivrer, s'il y a lieu, par cet établissement, les caisses nécessaires.

Il demeure entendu qu'aucune dimension réglementaire n'est attribuée à ces caisses dont le cube sera proportionné aux quantités à contenir.

Monument Charcot. — La commission pour l'érection du monument du professeur Charcot s'est réunie jeudi dernier chez son président, le professeur Brouardel.

Les sommes souscrites s'élèvent actuellement, en chiffres ronds, à 35,000 francs, sans compter l'étranger.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Le prochain numéro, le premier de la nouvelle Union médicale, *paraîtra le Samedi 5 Janvier* 1895.

Sommaire

I. *L'Union médicale* en 1895. — II. Académie de médecine. — III. E. Rochard : La Société de chirurgie. — IV. Revue de la presse étrangère. — V. Table des matières.

« L'UNION MÉDICALE » EN 1895

—

L'*Union médicale* achève sa quarante-neuvième année. Pendant cette longue période, elle a vu naître et mourir bien des feuilles comme elle, d'autres se transformer, lutter pour la vie, passer de mains en mains.

L'incroyable pullulation des journaux, les changements que le temps apporte à nos habitudes scientifiques et professionnelles, ont modifié profondément les conditions matérielles du journalisme, ses aspirations, ses tendances. On n'y écrit plus de la même encre, on n'y cause plus sur le même ton avec ses lecteurs. On est plus froid et plus guindé, moins discuteur ; la critique a fait place au reportage à outrance, à l'information mal digérée.

Tout n'est pas vice dans cette évolution. Si l'*Union médicale* a gardé quelques vieilles habitudes, si même elle veut revenir à certains procédés qui rendaient les journaux plus variés, plus intéressants, d'autre part elle n'ignore pas qu'il faut savoir accepter certaines formes et satisfaire aux exigences de son temps. Aussi va-t-elle inaugurer, avec l'année qui vient, un mode de publication tout nouveau.

Le lecteur, notamment, veut être servi à très bon marché. L'*Union médicale* de 1895 ne coûte presque rien : 5 francs par an. Elle devient hebdomadaire, grandit son format, renouvelle ses caractères. Dirigée par MM. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et Richardière, médecin des hôpitaux de Paris, elle donne une place égale aux hardiesses de la chirurgie moderne et aux magnifiques progrès accomplis par la médecine en pathologie générale, en thérapeutique, en hygiène. Elle garde pour rédacteur en chef Eugène Rochard, chirurgien des hôpitaux, dont l'intelligente activité lui a valu, depuis deux ans, de précieuses adhésions et d'unanimes encouragements.

L'*Union médicale* veut suivre le mouvement contemporain sans obéir aveuglément à la mode, et revêtir dès maintenant la forme sous laquelle elle fêtera son cinquantenaire.

L.-Gustave Richelot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE



—

Séance du 26 décembre.

On a déjà observé un certain nombre de cas de gangrène des doigts à la suite de pansements phéniqués. M. LAUGIER rapporte trois nouvelles observations d'accidents de ce genre. On avait employé soit une solution de phénate de soude à 1/100e, soit une solution d'acide phénique au 1/50e. Il faudrait interdire aux pharmaciens de donner sans ordonnance médicale autre chose que de l'eau phéniquée à 1/1000e.

« Je voudrais, dit en terminant M. Laugier, me garder de toute exagération et ne pas avoir l'air de transformer en danger publie les accidents occasionnés par l'acide phénique. Cependant, c'est chose sérieuse que la perte d'un doigt, ou même d'une phalange surtout s'il s'agit du pouce ou de l'index. Il y aurait un réel intérêt à ce que le public de toutes les classes qui s'est trop habitué à voir dans les solutions phéniquées une sorte de panacée universelle, fut mis en garde contre les dangers de gangrène auxquels ce genre de pansement expose. »

— La discussion sur la pathogénie du coup de chaleur continue entre MM. Laveran et Vallin. Pour M. LAVERAN, le système nerveux a certainement une influence prépondérante. En effet, Cl. Rernard puis Regnard ont montré que, lorsque le cœur d'une grenouille détaché de l'animal est soumis à une température ascendante, il s'arrête e battre quand le maximum d: 40° est atteint, tandis qu'il reprend ses battements quand la température baisse. Cela indique une influence certaine du système nerveux ntra-cardiaque. D'autre part, immédiatemen après la mort le cœur est toujours flasque chez les animanx qui ont succombé à la chaleur.

Pour M. VALLIN, il est certain que le cæur peut être rigide immédiatement après la mort.

M. LE ROY DE MÉRICOURT rappelle que dans la Mer Rouge, les accidents causés par la chaleur épargnent parfois les hommes de la machine, tandis qu'ils frappent des passagers couchés à l'ombre dans leur cabine. L'abondance plus ou moins grande de la sudation ne suffit pas à expliquer ses contradictions.

— D'après M MANGEOT, la gravité du choléra et son importance en Cochinchine sont en raison directe : 1° De l'élévation de la température et surtout de la hauteur du minima, et de la seconde différence entre le maxima et le minima, autrement dit de l'invariabilité des fortes chaleurs de jour et de nuit ; 2° de l'irrégularité des hauteurs hygrométriques ; 3° de l'élévation des hauteurs barométriques ; 4° de l'importance des grands mouvements de terrains. Aucune de ces conditions ne peut à elle seule provoquer ou entretenir l'épidémie.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

La Société de chirurgie vient de renouveler son bureau : M. Th. Auger a été élu président à l'unanimité ; M. Monod, vice-président ; M. Reclus, secrétaire général, en remplacement de M. Monod, et MM. Segond et Quénu, secrétaires annuels. M. Schwartz a été maintenu par acclamation dans ses fonctions de trésorier.

La séance dernière a presque toute été remplie par des communications à propos du procès-verbal.

C'est d'abord M. G. MARCHANT qui n'admet pas que l'étude des *abcès cérébraux* et de leur *traitement* soit rangée dans le paragraphe des otites moyennes ; il n'en veut pour preuve que ce fait, c'est que sur 90 cas de trépanation de la mastoïde, A. Broca n'a rencontré qu'un abcès, et que lui-

même, sur 30 opérations de ce genre, n'a eu affaire qu'à une seule collection cérébelleuse.

Du moment qu'il y a infection, il peut y avoir du pus dans le cerveau, que ce soit à la suite d'une ostéomyélite, d'un traumatisme ou d'une autre cause quelconque. On n'étudie pas les abcès du foie avec la dysenterie qui en est très souvent la cause.

Comme on le voit, M. Marchant soutient l'ordre qu'il a adopté dans le traité de chirurgie, et continue à défendre les classiques en répondant à M. Picqué que les livres ont parfaitement décrit les deux formes d'abcès qu'il a repris lui-même et se manifestant par des lésions de la zone psycho-motrice, ou bien simplement par de la fièvre et une localisation de la tumeur. Il eût préféré entendre dire à l'orateur que, malgré cela, il n'y avait pas de signes pathognomoniques, qu'on était souvent très embarrassé pour décider l'intervention et que quelquefois, malgré une trépanation de la mastoïde au bout de quelques jours, il y avait un réveil des douleurs qui rend le chirurgien très perplexe. Il doit cependant savoir attendre, car il arrive que la douleur disparaît de nouveau pour ne plus revenir et que le malade est guéri. M. Marchant en cite un exemple.

M. Picqué répondra dans la prochaine séance.

C'est à propos du *bouton de Murphy* que M. Monod prend ensuite la parole. Il a fait une gastro-entérostomie pour cancer avec succès. Le malade a rendu le bouton douze jours après l'intervention. L'opération a été simple et a duré quarante-cinq minutes environ, à cause des petites modifications qu'y a apportées M. Monod. Il a perforé le mésocôlon et a fait passer dans l'ouverture faite l'épiploon, agissant par son intermédiaire sur le côlon transverse et empêchant sa compression. Le côlon fut, du reste, fixé sur l'estomac. Le chirurgien de Saint-Antoine a fait, de plus, subir une torsion au duodénum de façon à mettre le bout périphérique vis-à-vis de l'ouverture stomaéale et à éviterle reflux des matières du côté du pylore. Il fixa de plus une partie de l'anse duodénale (celle qui atteint au pylore) à l'estomac en lui donnant un trajet rectiligne.

Sur 3 gastro-entérostomie, c'est le premier malade qu'il sauve et il attribue son succès au bouton de Murphy; son premier malade est mort, en effet, du shock, à cause de la longueur des sutures, et chez le second opéré la bouche stomacale ne fonctionnait pas.

M. Quénu pense que tous les petits perfectionnements signalés par M. Monod sont plus théoriques que réels. Le point capital c'est d'aller vite et de cette façon M. Monod a mis quarante-cinq minutes pour une intervention qui ne doit durer que vingt à vingt-cinq minutes. L'orateur profite de la circonstance pour faire connaître à la Société une mort chez un opéré par le bouton de Murphy, issue fatale due à la mauvaise application du bouton. On trouva, en effet, à l'autopsie, que les deux parties du bouton n'étaient pas au contact; ce qui prouve qu'il faut ne craindre ni la perforation ni la gangrène et serrer, au contraire, très fort l'appareil.

Les modifications qu'a employées M. Monod, ajoute M. Chaput, ont été pratiquées par Bilroth et Pozzi notamment, et il rapproche de la triomphante observation de M. Monod deux cas d'application du bouton de Murphy qui sont venus à sa connaissance. Dans l'un, il y a eu occlusion intestinale, et dans l'autre fistule stercorale; de plus, voilà six semaines que l'opération a été faite et le bouton n'est pas encore rendu.

Dans la dernière séance, M. CHAPUT a présenté des malades auxquelles il *avait réparé une difformité nasale par la prothèse métallique.* Il revient sur ce sujet en donnant des détails sur la façon de procéder. Sa méthode diffère de celle de Martin, de Lyon, qui laisse son trépied métallique exposé à l'infection, tandis que lui l'enterre dans les tissus. Deux cas peuvent se présenter : la peau est saine, alors il abaisse un lambeau en U qu'il rabat sur la bouche, en ayant bien soin de ne pas perforer la muqueuse nasale ; il place son trépied en platine ou en argent doré, et l'enfouit en relevant son lambeau qu'il traite antiseptiquement. Quand il y a une trop grande perte de substance, il faut emprunter les lambeaux aux joues et au front, c'est ce que le professeur Duplay et lui vont faire sur un malade dont le visage a été complètement déformé par un coup de fusil.

Deux rapports terminent la séance. Le premier est fait par M. MICHAUX, il s'agit d'un travail dû à M. Rey (d'Alger), et ayant comme titre : *Traitement de la pleurésie purulente par la trépanation costale.* M. Rey a fait des recherches anatomiques sur la largeur des côtes. La 8e et la 9e ont à leur face externe 18 millimètres en arrière de l'angle des côtes. Il est donc possible de faire une trépanation de 10 millimètres, ce qui permet de placer un gros tube à drainage et de faire de bons lavages dans la plèvre. Cette méthode, d'après son auteur, a des avantages sur l'empyème ou la résection partielle. Elle empêche la compression du tube élastique par le rapprochement des côtes, fait moins de délabrements et permet l'adossement ultérieur plus facile des deux feuillets de la plèvre.

Le rapporteur ne partage pas l'avis de M. Rey. Les anciennes méthodes larges ont fait leur preuve, et l'incision intercostale avec ou sans résection costale, permettent l'intervention directe sur la séreuse et même sur le poumon.

M. TILLAUX s'étonne du seul point de vue ananatomique de la dimension, de la moyenne des côtes données par l'auteur. Il lui semble bien difficile de pouvoir dire qu'on peut trépaner sur une largeur de un centimètre, les côtes des individus de toutes les tailles.

C'est sur un travail de M. Cahier (du Val-de-Grâce), que M. QUÉNU fait ensuite un rapport. Il s'agit d'une *suture du nerf médian et de la suture des quatre tendons du fléchisseur sublime* dans un foyer phlegmoneux.

Suturer un nerf et des tendons dans un foyer inflammatoire, nous dit M. QUÉNU, est une pratique qu'il n'aurait pas suivie. Il aurait commencé par désinfecter le foyer et aurait ensuite songé à remédier à la perte de sensibilité et à la résection des tendons. Si M. Cahier a vu la récupération de la sensibilité, cela tient à une régénération secondaire, et, quant aux mouvements, ils doivent être rapportés à l'action du fléchisseur profond ; car il est dit dans l'observation que les fils ont été éliminés et que les sutures n'ont pas tenu.

Eugène ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

—

Les exostoses sous unguéales

M. Miramond a étudié la structure et la pathogénie des exostoses sous-unguéales dans un travail des plus intéressant présenté à la Faculté de médecine de Lyon. L'exostose sous-unguéale apparait, dans l'immense majorité des cas, entre 15 et

25 ans, et occupe le plus souvent l'extrémité antérieure de la phalange terminale du gros orteil. Beaucoup de malades attribuent leur affection à un violent traumatisme, ou encore accusent la pression résultant de l'usage de chaussures trop étroites. Au point de vue anatomo-pathologique, les exostoses sous-unguéales ne sont pas toutes identiques. Il faut distinguer les exostoses sous périostées adhérentes à la phalange des exostoses intra-périostiques indépendantes du squelette et des exostoses pédiculées. De plus, certaines exostoses renferment du cartilage (exostoses cartilagineuses) et d'autres n'en contiennent pas (exostoses ostéo-fibreuses).

Pour M. Miramond, l'exostose sous-unguéale, que l'on reconnaît facilement à sa fixité et à sa dureté, est une production osseuse d'origine périostique. Elle prend naissance sous l'action d'un traumatisme violent ou des pressions continues de la chaussure dans cet âge d'adolescence où le périoste est plein d'activité ; elle se forme dans la masse fibreuse constituée par le périoste et le derme sous-unguéal épaissi et confondus, soit au centre de cette masse fibreuse (exostoses intra-périostique), soit entre le périoste et la phalange (exostoses sous-périostiques). Les exostoses pédiculées doivent être considérées comme des exostoses intra périostiques, primitivement indépendantes de la phalange et reliées tardivement à cette dernière par suite du développement de l'affection. La formation osseuse se fait aux dépens du tissu fibreux. Les deux modes d'ossification peuvent, du reste, concourir ensemble à la formation de la même exostose.

L'exostose sous-unguéale ne guérit pas spontanément et il faut intervenir chirurgicalement. Parfois, l'affection récidive si l'on n'a enlevé qu'incomplètement le tissu fibreux irrité. On doit faire l'ablation simple de la tumeur après avoir enlevé l'ongle et raser la surface de la phalange avec un couteau gouge ou un fort bistouri. Il faut enlever entièrement toute la gaine fibreuse qui enveloppe le noyau osseux de l'exostose et qui peut être assimilé à une membrane ostéogène.

Un symptôme nouveau de l'épididymite blennorrhagique

M. Augagneur a attiré l'attention, à la Société des sciences médicales de Lyon, sur la production, dans l'épididymite blennorrhagique d'adhérence du scrotum avec les parties profondes, surtout avec la queue de l'épididyme. Les adhérences apparaissent vers le troisième ou le quatrième jour seulement et persistent sept, huit, neuf ou dix jours ; puis elles disparaissent. A leur niveau, il se fait un épanchement de liquide inflammatoire dans les lacunes du tissu conjonctif, qui unit entre elles les circonvolutions du canal séminifère constituant la queue de l'épididyme. Les épanchements renferment un liquide séro-sanguin ne contenant pas de gonocoques.

Les adhérences sont très fréquentes. On doit éviter de les prendre, pendant leur courte durée, pour un indice d'épididymite tuberculeuse.

Pathogénie de la névrite optique avec stase

La névrite optique avec stase papillaire est une des questions d'ophtalmogie sur lesquelles on a le plus écrit. D'après M. E. Hennart, chez les enfants et les jeunes gens, on voit survenir des cas de névrite optique avec stase, sans qu'il soit possible de les rattacher à une cause bien déterminée, ni d'indiquer par quel processus ils se sont produits.

La névrite optique dépend, le plus habituellement, de maladies du cerveau et principalement des tumeurs de cet organe. Viennent ensuite les ostéites suppurées de la base, la méningite tuberculeuse, les syphilis, les maladies aiguës, infectieuses, la goutte, le rhumatisme, l'hérédité, etc., qui sont des causes plus ou moins fréquentes de la maladie.

Les cas étudiés par M. E. Hennart ne rentrent pas dans le cadre étiologique précédent. Dans bon nombre d'observations, il s'agissait d'une altération des gaines du nerf optique, hydropisie, épanchement sanguin. Cette hydropisie, discutée par Dan[illegible]

Danaix, Alexandre et autres est réelle. Elle se manifeste par des altérations bien nettes de la papille, mais au début; et ce n'est que plus tard que la névrite aboutit à l'atrophie. Les causes de cette hydropisie des gaines sans lésions méningitiques sont inconnues. (*Bulletin médical du Nord*, 1894, n° 215.)

Les crayons de Phénosalyl

M. E. ALQUIER indique dans le *Montpellier Médical* une formule permettant de préparer des crayons de phénosalyl, antiseptique complexe renfermant surtout de l'acide phénique. Voici la formule de M. Alquier.

Farine de froment.......	2 gr.	25
Gomme arabique........	3	»
Phénosalyl..............	1	25
Glycérine...............	q. s.	

On mélange exactement dans un mortier la farine et la gomme, on ajoute le phénosalyl, puis on verse goutte à goutte la glycérine. La masse est divisée et roulée en six crayons que l'on conserve dans des flacons secs et bouchés renfermant du lycopode.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME LVIII

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1894.

A

Abatage sur les divers procédés d' — des animaux de boucherie au point de vue physiologique, Laborde (Acad. de méd.), 502. — des animaux de boucherie, Dieulafoy (Acad. de méd.), 153.

Abcès péri-amygdaliens, Gouguenheim (Soc. méd. des hôp.), 89.

Absorption (L' — par la peau), Renaud, 320.

Académie de médecine (séance du 18 décembre 1894), 853.

Accouchements. De l'intervention hâtive dans la pratique des —, Charpentier (Acad. de méd.), 282.

Achard, v. fièvre, microbes.

Acide. Action de l'— chlorhydrique sur les microbes, Gilbert (Soc. de biologie), 719.

Acide phénique. Injections sous-cutanées d' —, Martin, 319.

Actinomycose. Traitement de l' —, 246.

Affaiblissement. Note sur les signes d' —, du cœur dans les fièvres, Huchard. (Soc. méd. des hôp.), 47.

Affections parasyphilitiques. (Les—), Fournier (Anal.), 636.

Albertin, v. Luxation.

Alcaloïdes. Des applications phériphériques d' — dans le traitement des maladies aiguës à détermination cutanée, Guinard, Geley (Acad. des sciences), 311.

Alcoolisme. Foie et —, Cassaert (Soc de Biologie), 659.

Amyotrophie. Un cas d' —, Marinesco (Soc. de méd. des hôp.), 105.

Anatomie pathologique des fibromyomes utérins, Pillet et Costes (Soc. de Biologie, 645.

Anévrysme de la troisième portion de la sous-clavière, Monod (Acad. de méd), 115. — Spontané Viard (Acad. de Méd.), 76.

Angine. Diagnostic de l' — diphtérique. Traitement par le permanganate de potasse, Catrin (Soc. Méd. des hôp.), 141. — Sur l' — de poitrine, Huchard (Soc. Méd. des hôp.), 726. — Traitement de l' — diphtérique par le sublimé en solution au 20° ou au 30° dans la glycérine, Moizard, 87. — Traitement de l' — diphtérique par la solution de sublimé au 1/20° dans la glycérine, Moizard (Soc. Méd. des hôp.), 80. — De l' — à streptocoques, Jaccoud, 13.

Ankylose. Les observations d' — temporo-maxillaire, Saritscheff, 416

Antiseptiques. Le traitement local de l'érysipèle par les —, 433.

Anurie calculeuse et nephrolithomie, Legueu (Acad. de méd.), 57.

Appendicite. Sur le traitement de l' — et de la typhlite (Soc. méd. des hôp.), 801. Sur l' — (Soc méd. des hôp.), 695. Sur l' —, Gandolphe, 381. De l' — (Soc. méd. des hôp.), 835 La résection à froid de l'appendice vermiculaire dans les — chroniques à rechutes (Acad. de méd.), 672.

Arcades. La résorption progressive des — alvéolaires et de la voûte palatine ou mal perforant buccal, Baudet, 627.

Arnozan v. Ictère.

Arsonval (d'), v. Mort, urine.

Art de formuler, Dujardin-Beaumetz, anal., 756.

Arthropathies. Les — et l'état typhoïde, Robin, 586.

Asepsie. De l' — et de l'antisepsie en obstétrique, Tarnier, 863.

Association médicale britannique, 472. — française pour l'avancement des sciences, 270, 282.

Asymétrie acquise entre les deux moitiés du corps humain, Clozier (Acad. de méd.), 466.

B

Bacille. Présence du — tuberculeux dans les fosses nasales, Straus (Acad. de méd.), 19.

Balnéation. Les effets de la — chaude systématique des membres, Leredde (Soc. de biologie), 646.

Balzer, v. Maladies.

Barié, v. Cyanose.

Baudey, v. Arcades mal, voûte.

Baudouin v. Établissements.

Baudy, v. Tuberculoses.

Bazy. v. Rétrécissements, urine, vessie.

Beaudrimont, v. Dictionnaire.

Béclère, v. Myxœdème.
Behneke, v. Voix.
Beneeh, v. Substances.
Bertillon, v. Surpeuplement.
Besançon, v. Streptocoque.
Bicarbonate et du citrate de soude. Recherches sur l'action du — sur la digestion stomacale, Mathieu et Laboulais (Soc. méd. des hôp.), 142.
Bicarbonate de soude. De l'action du — sur le chimisme stomacal dans l'hypopepsie, Gilbert et Modiane (Soc. de biologie), 71.
Bicyclette. Femme et —, 405. — La —, Marey (Acad. de méd.), 394. — Les dangers de la —, Hallopeau (Acad. de méd.), 357. — La — dans la thérapeutique rénale, Robin (Acad. de méd.), 577.
Blache, v. Clinique, Protection.
Borel, v. Neurasthénie.
Bosc, v. Chaleur, Sérum.
Boussy, v. Influenza.
Boyer, v. Epithélium.
Breton, v. Chorée.
Brocq, v. Eczéma.
Bronchites. Traitement des — chroniques, 227.
Browelle, v. Exercice, Voix
Budin, v. Lait.
Bulletin, 145, 397, 470, 711, 771.
Cadet de Cassicourt, v. Dépopulation.

C

Calculs biliaires. Contribution à la chirurgie des —, 847
Cancer. De la forme pleurale du — de l'estomac, Devic et Chatin, 524
Cancer. Le traitement opératoire des — de l'estomac, 438.
Cardiopathie. D'une —, Jaccoud, 567.
Carnot, v. Lésions.
Cassaet, v. Alcoolisme, foie, suc, substances, surmenage.
Castex, v. Son.
Catrin, v. Angine.
Cerveau. Etat du — chez un homme mort pendant le coït. Sugs (Soc. de biol.), 200.
Chaleur. Les bouffées de — et les rougeurs morbides. Féré (Soc. de biol.), 645. Effets de la — sur la toxicité du sérum. Mairet et Bosc (Soc. de biol), 110.
Chambarc-Hénon, v. Pneumonie.
Chamberlent, v. Eclampsie.
Champignons comestibles et vénéneux, 80, 93, 368.
Charpentier, v. Accouchements.
Charrin, v. Choléra, essences, intoxication, lésions.
Chatin, v. Cancer, estomac, grippe.
Chauvel, v. Rhinoplastie
Chevallier, v. Dictionnaire.
Chipault, v. Système nerveux.
Chirurgie de maître Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, roi de France, Nicaise, anal., 648. —, 111, 150.
Cholécystotomie. Sur un cas de —, Fontan (Acad. de méd.), 57. — pour lithiase biliaire, Dujardin Beaumetz (Acad. de méd.), 191.
Chloralose. Accidents causés par le —, Touvenaint, 17.
Chlorhydrate. Le — de phénocolle, Ferreira, 380.
Chorée. Etat mental dans la —, Breton, 588.
Choléra. Action des essences sur le microbe du —, Charrin (Soc. de biol.), 9.
Clinique thérapeutique infantile avec formulaire pratique, Blache. Anal., 625.
Clozier, v. Asymétrie.
Colique pancréatique et atrophie calculeuse du pancréas, 101.
Collet, v. Grippe.
Combemale, v. Typhus.
Comby, v. Morphinomanie.
Congrès français de chirurgie, 501, 531, 544, 556, 569, 582, 595.
Congrès français de médecine interne, 606, 622, 631, 6.4, 669, 683, 694.
Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, 248, 261.
Congres d'hydrothérapie marine, 209, 139.
Congrès de Boulogne-sur-Mer, 164.
Congrès étrangers, 641.
Congrès international d'hygiène, 391, 400, 496.
Congrès des médecins aliénistes, 351.
Congrès français de dermatologie et de syphiligraphie, 222, 238.
Consanguinité et hérédité morbide, Lagneau (Acad. de méd.), 429.
Contusion. Sur un cas de — abdominale avec perforation intestinale, consécutive Lappinte, 675.
Cocaïne. Contribution à l'étude du mécanisme de la mort sous l'influence de la —, Maurel (Acad. de Méd.), 671.
Corps chimiques. Sur de nouveaux — de la série quinique, Laborde (Acad. de Méd.), 21.
Correspondance officielle, 501.
Costes, v. Anatomie, Fibromyomes.
Courrier. Concours, nominations, Légion d'honneur, distinctions honorifiques, nécrologies, nouvelles, etc., dans tous les numéros.
Courtade, v. Sycosis, Urèthres.
Croup. Sur le — (Soc. Méd. des hôp.), 836.
Curettage de l'utérus, 848.
Cyanose et inversion des viscères, Barié (Soc. Méd. des hôp.), 48.
Cystostomie suspubienne. Sur la —, 679.

D

Debove, v. Kyste.
Déjerine, v. Hémianopsie, Lésions.
Delorme, v. Pseudarthroses.
Déontologie médicale, 772.
Dépopulation. Des causes de la — de la France, Cadet de Gassicourt (Acad. de méd.), 190.

Dermatite herpétiforme, Du Castel, 449, 463.
Désinfection. Sur la — des matières fécales, Vincent (Acad. de méd.), 852.
Désinfection des locaux des pulvérisations, Laveran (Acad. de méd.), 116.
Despagnet, v. Ophtalmologie.
Devic, v. Cancer, estomac.
Diabète. Pathogénie du — sucré, Kaufmann. (Soc. de Biologie), 858.
Dieulafoy, v. Abatage.
Diphtérie. Traitement de la — par le perchlorure de fer à l'intérieur, Goldschmitt (Soc. méd. des hôp.), 560.
Dictionnaire des altérations et falsifications, Hfret, Chevallier, Beaudrimont (Anal.), 659.
Diphtérie humaine et diphtérie aviaire, 667. Traitement local de la —, 803. Rapport sur la sérumthérapie dans la —, Straus (Acad. de méd.), 586.
Dominici, v. Lithiase.
Douleur. De la —, Potain, 699.
Doyen, v. Maladies.
Du Castel, v. Dermatite, Crythèmes, Herpès, Impetigo, Pemphigus.
Duclert, v. Intoxication.
Duclaux, v. Hong-Kong, Peste.
Dujardin-Beaumetz, v. art. Cholécystotomie.
Duplay, v. Fistule, Kyste.
Duret, v. Gastropexie, Néphrolithotritie.

E

Eclampsie. Les recherches sur la pathogénie de l' —, Chamberlent, 211.
Ecthyma. De l' —, F. Thibierge, 325. — De l' —, F. Thibierge, 341.
Eczéma typique symétrique, Brocq (Soc. de dermatologie), 127.
Effort. Mesure de l' — musculaire, Henry (Soc. de biologie), 659.
Electricité. Soins à donner aux sujets victimes d'accidents par l' —, 638.
Electrolyse. Action de l'— sur les calculs urinaires, Yvon, 319.
Empoisonnement par l'exalgine, 800.
Enquête. La commission d' — et le service de santé, 487.
Epithélium. Imperméabilité de l' — vésical, sain à l'égard des médicaments et des poisons, Royer et Guinard (Acad. des sciences),33
Eponges. Emploi des — en chirurgie, Guermonprez (Acad. de méd.), 393.
Erysipèle. L'— des nouveau-nés, 361. — Infection pneumococcique dans l' —, Roger (Soc. méd des hôp.), 79. — Le pneumocoque salivaire pendant l' —, Nettev (Soc. méd. des hôp.), 104. — Le traitement local de l'— par les antiseptiques, 433.
Erythèmes infectieux dans le choléra. Gaillard (Soc. méd. des hôp.), 601. — — infectieux dans la fièvre typhoïde, Gaillard (Soc. méd. des hôp.), 601. — — toxiques, Gaillard (Soc. méd. des hôp.), 600. — Sur un cas d'— scarlatiniforme desquamatif, Siredey (Soc. méd. des hôp.), 56. — Sur les —, Siredey (Soc. méd. des hôp.), 657. — Discussion sur les — scarlatiniformes médicamenteux et infectieux (Soc. méd. des hôp.), 623. — Erythèmes polymorphes bulleux Du Castel, 364.
Essences. Action des — sur le microbe du choléra, Charrin (Soc. de biologie), 9.
Estomac. Traitement de l'ulcère de l'—, 755. — Maladie de l'—, 177. — De la forme pleurale du cancer de l'—, Devic et Chatin, 524.
Etablissements hospitaliers de New-York, Baudouin, 51.
Etienne, v. Microbes.
Exalgine. Empoisonnement par l'—, 800.
Exercice et chimisme stomacal, Surmont et Browelle (Soc. de biologie), 719.

F

Faculté de médecine de Paris, cours, cliniques, conférences, 589.
Faucheo, v. Pyélo-néphrite.
Féré, v. Chaleur, suc.
Fernet, v. Fièvres.
Ferratine. La —, Germain Sée. (Acad. de méd.), 251.
Ferreira, v. Chlorhydrate.
Feuilleton. Bâtons rompus, 675. Faculté de médecine pour les femmes, 121. Gaités de la science !!, 541. Livre et un congrès, 397. Médecins grecs à Rome, 253. Les Morticoles. 61. Psychologie de l'amour,193. Psychologie expérimentale, 759. Pauvres séreuses, 819. Pro domo, 325. Procédé de réconciliation, 469. Quelques réflexions au sujet du combat naval de Ya-Lu, 603. Sur l'éructation, 1.
Fibromes utérins. Le traitement des — 163.
Fibromyomes. Anatomie pathologique des — utérins, Pillet, Costes. (Soc. de biologie, 645.
Fièvre. Sur un cas de — typhoïde, Jaccoud, 807. — La — dans la blennorrhagie, Trékiolli (Soc. de biologie), 718.
Fièvre typhoïde. Manifestations locales de la —, Fernet (Soc. méd. des hôp.), 527. — Sur les complications cardiaques de la —, Huchard (Soc. méd. des hôp), 140. Sur un cas de — compliqué de parotidite double et suivie de lithiase biliaire, Gilbert et Fournier (Soc. de biologie), 199.
Fistule uréthro-périnéale d'origine blennorrhagique, Duplay, 529.
Foie. Thérapeutique des maladies du — Gaillard, anal., 744.
Foie et alcoolisme, Lassaet (Soc. de biologie), 659.
Fontan, v. Cholécystotomie.
Formulaire. Examen des viandes de bou-

cherie, 57-129. Dentifrices antiseptiques, 9. Hygiène de la bouche. 358-417. Formulaire des stations d'hiver, De la Harpe, anal., 720. Installation d'une chambre de malade, 479. Moyens de prévenir la cécité chez les nouveau-nés, 264 Typlite et pérityphlite chez l'enfant, 672. Technique de la balnéation, 10. Traitement de la gastralgie, 490.
Fournier, v. Affections, fièvre, phagédénisme, syphilis.
Fractures. Le traitement ambulatoire des —, 704. Des — simples et de la loi sur l'assurance contre les accidents, 305. — Déformation du corps du fémur dans les —, Régnault (Soc. de biologie), 199.
Frœnkel, v. Microbes.
Frigothérapie. La — (Acad. des sciences), 790.

G

Galactocèle double. Un cas de —, 849.
Gaillard, v. Lithiase.
Gangolphe, v. Appendicite
Gangrène. Traitement de la — pulmonaire, 780.
Gastropexie. Duret (Acad. de méd.), 467.
Gaudier, v. Ostéomyélite pseudo-tuberculose.
Geley (*G.*) v. Alcaloïdes.
Gilbert, v. Acide, bicarbonate de soude, fièvre, lithiase.
Glycogène. Sur la présence et le mode de répartition du — dans les tumeurs, Verneuil (Acad. des sciences), 706.
Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire, Menael (Soc. de dermatologie), 128.
Goitre. Le — exophtalmique traité par l'alimentation tyroïdienne, Voisin (Soc. méd. des hôp), 560.
Goldschmitt, v. Diphtérie.
Gouguenheim, v. Abcès, polypes.
Grasset, v. Système.
Guyon, v. Urèthres.
Grippe. Deux cas de — à forme pseudo-polyurique, Chatin et Gollet, 599. — Troubles cardiaques consécutifs à la —, Samsom, 330.
Guéniot, v. Opération.
Guermonprez, v. Eponges.
Guinard (*L.*), v. Alcaloïdes, épithélium, kystes.

H

Hache, v. Hypersermie.
Hallopeau, v. Bicycletts, licheu, pityriasie, prurigo, zona.
Hanot, v. Ictère, peristaltisme.
Harpe (*De la*), v. Formulaire.
Hfrel, v. Dictionnaire.
Hémorrhagie bulbo-protubérantielle avec hémorrhagies rénales réflexes, Regaud. 743.
Hémorrhagies. Les — dans la fièvre typhoïde, Achard, 421.
Henry, v. Effort.
Hermianopsie fonctionnelle, Déjerine et Viallet (Soc. de biologie), 200.
Herpès gestationis. Du Castel, 436.
Hong-Kong. Sur la perte de —, Duclaux, 212.
Hervieux, v. Variole, vaccine.
Hestres, v. Luxation.
Histoire de la médecine, 791.
Huchard, v. Affaiblissement, angine, fièvres.
Hydrothérapie marine et les arthritiques nerveuses, Richelot, 181.
Hydrocèle. De quelques nouveaux traitements de l'—, 398.
Hygiène. Abatage des animaux de boucherie, Jules Rochard, 233. Abattoir intercommunal du clos Montholon, Jules Rochard, 795. Assainissement de la Seine et l'emprunt de la ville de Paris, Jules Rochard, 185. Assainissement de Paris, Jules Rochard, 369. Bulletin officiel des séances du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, Jules Rochard, 517. Conserve des viandes, Jules Rochard, 517. Congrès de l'alimentation parisienne et le privilège des bouilleurs de cru, Jules Rochard, 591. Congrès national d'assistance publique de Lyon, Jules Rochard, 185. Choléra de Russie et la peste de Chine, Jules Rochard, 185. Chauffage des voitures publiques, Jules Rochard, 795. Colonies scolaires et excursions de vacances, Jules Rochard, 97. Déclaration obligatoire des maladies contagieuses, Jules Rochard, 1. Désinfections des conduites d'eaux potables, Jules Rochard, 37. Désinfections des wagons ayant transportés des contagieux, Jules Rochard, 795. Désinfection et transformation des ordures ménagères, Jules Rochard, 446. Eclairage moderne, Jules Rochard, 600, 687. Etat sanitaire, Jules Rochard, 97, 233-373. Essai sur l'homme de l'antitoxine tétanique, 873. Essais analogues dans la fièvre typhoïde, Jules Rochard, 591. Examen des viandes de boucherie, Jules Rochard, 201. Falsification des beurres et huiles, Jules Rochard, 373. Fruits toxiques, Jules Rochard, 446. Hôtel des ventes et les maladies contagieuses, Jules Rochard, 723. Hygiène des écoles, Jules Rochard, 205, 265, 337, 410. Hygiène de l'exposition de 1900, Jules Rochard, 418. Influence du sol sur la vitalité des bacilles, Jules Rochard, 37. Inoculations prophylactique dans les maladies infectieuses, Jules Rochard, 759 831. Inspection des viandes dans l'armée, Jules Rochard, 233. Laboratoire de bactériologie et le sérum antidiphtérique, Jules Rochard, 651. Magasins de décors et les incendies, Jules Rochard, 301. Morphinomanes et les fumeurs d'opium, Jules Rochard, 61,

133. Nouveaux progrès de la vaccination antidiphtérique, Jules Rochard, 591. Ptomaïne du fromage, Jules Rochard, 301. Pain de guerre, Jules Rochard, 301. Présence de l'oxyde de carbone dans les produits de la combustion du gaz d'éclairage, Jules Rochard, 97. Projet de loi sur l'impôt des boissons et l'asile de buveurs du département de la Seine, Jules Rochard, 446. Production et commerce du sérum antidiphtérique, Jules Rochard, 795. Prophylaxie du choléra au congrès de Magdebourg, Jules Rochard, 591. Propriétés antiseptiques des vapeurs du formol, Jules Rochard, 651. Rage à Paris en 1893, Jules Rochard, 517. Réglementation des précautions d'hygiène dans les ateliers, Jules Rochard, 97. Sanatorium d'Angicourt, Jules Rochard, 97. Sérum antidiphtérique au congrès de Budapest, Jules Rochard, 373. Sérothérapie et la production au vaccin antidiphtérique, Jules Rochard, 507. Sérumthérapie en France et à l'étranger, Jules Rochard, 723 Sérumthérapie à la Société de Médecine de Berlin, 873. Situation sanitaire, Jules Rochard, 137. Soudure et étamage des boîtes de conserves alimentaires, Jules Rochard, 37. Sport et les exercices physiques au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Jules Rochard, 301. Taxe municipale de désinfection appliquée à la banlieue de Paris, Jules Rochard. 723. Terrains d'épandage de la ville de Paris, Jules Rochard, 651. Tolérance du corps humain pour les hautes pressions, Jules Rochard, 185. Transmission des maladies infectieuses par le lait, Jules Rochard, 301. Transformation de l'hôpital Hérold en hôpital dispensaire d'enfants, Jules Rochard, 651. Transport des œufs, Jules Rochard, 517. Vaccinations anticholériques dans l'Inde, 873. Vêtements et objets de toilette dangereux, Jules Rochard, 553. Viande de porc, Jules Rochard, 481.

Hypertermie secondaire de la scarlatine sans complications, Hache. 381.

Hystérectomie. L' — vaginal contre le cancer de l'utérus et des affections non cancéreuses, L.-G. Richelot, anal., 294.

I

Ictère. Le traitement de l'— grave primitif, Arnozan, 587. — Catarrhal. Traitement de l' —, 719. — Grave avec hyperthermie sans colibacille, Hanot (Soc. de biologie), 718.

Immunité contre l'action anticoagulante de la peptone, Coutejean (Soc. de biologie), 719.

Impetigo herpétiforme, Du Castel, 387.

Indicanurie. L'— dans la tuberculose infantile, 562.

Inflammations. Pathogénie des — mercurielles des muqueuses, Maurel (Acad. de méd.), 116.

Influenza. Agent pathogène de l'influenza, Boussy (Acad. de méd.), 56. — Etiologie de l'—, 43.

Intoxication saturnine, Riche (Acad. de méd.), 357.

Intoxication. Traitement de l'— saturnine. 34. — Mécanisme de l'influence des — à titre de causes secondes de l'infection. Charrin et Duclert (Acad. de méd.), 212.

Iodoforme. L'action antiseptique de l'—, 849.

Iodure. L'— de rutidium, Vogt, 17.

J

Jaccoud, v. Angine, cardiopathie, fièvre, lésions, tuberculose.

Jugement. Un — rendu par la Cour d'appel d'Alger, à propos de l'association entre un médecin et une marchande de remèdes secrets, 467. — rendu par le tribunal de Cusset au sujet de la cession d'une clientèle médicale, 154.

Jullien, v. Syphilitique.

K

Kauffmann, v. Diabète.

Kystes. Diagnostic des — dermoïdes de l'ovaire, Guénard, 735. hydatique rachidien, Sougues et Marinesco (Soc. de biol.), 117. — hydatique du foie ouvert dans le péritoine, Debove (Soc. méd. des hôp), 561. — hydatique du tissu cellulaire sous-cutané, Duplay, 49. — hydatique calcifié du foie et ulcère simple de l'estomac, Netter (Soc. méd. des hôp.), 48. — synoviaux. Traitement des —, 798.

L

Labbée, v. Langue.

Laborde, v. Abatage, corps.

Laboulais, v. Bicarbonate.

Lagneau, v. Consanguinité.

Laguesse, v. Pancréas.

Lait stérilisé dans l'allaitement artificiel, Budin (Acad. de méd.), 77.

Lancereau, v. Névrite.

Langlois, v. Spartéine.

Langue. Nouveaux succès des tractions rythmées de la —, Périer (Acad. de méd.) 635. — Les tractions rythmées de la —, Labbé (Acad. de méd.), 611.

Lapicque, v. Urines.

Lapointe, v. Contusion.

Laveran, v. Désinfection.

Le Gendre, v. Typhique.

Legueu, v. Anurie.

Lemonnié, v. Obstruction.

Lepage, v. Obstétrique.

Lépine, v. Paralysies.

Leredde, v. Balnéation.
Le Roy des Barres, v. Tétanos.
Le Roy de Méricourt, v. Maladie.
Lésions. Les — confèrent aux tissus l'aptitude à fixer les substances dissoutes. Charrin et Carnot (Acad. de méd.), 428 — Sur un cas de — mitrale associée à une malformation congénitale du cœur, Jaccoud, 73.
Lésions pneumogastriques (Soc. méd. des hôp.), 835. — traumatiques de la colonne vertébrale, 379. — diffuse des membres dans la tuberculose articulaire, Pilliet, 452. — de l'ataxie locomotrice, Déjérine (Soc. de biologie), 119
Letulle, v. Mal.
Lermoyez, v. Végétations.
Lévi, v. Maladie.
Lichen scrofulosorum. Hallopeau (Soc. de dermatologie), 128.— de Wilson, Hallopeau (Soc. de dermatologie), 128.
Lithiase biliaire. La — est-elle de nature microbienne ? Gilbert et Dominici (Soc. de biologie), 7. — Intervention chirurgicale dans la —, Galliard (Acad. de méd.), 358
Ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorale, Moulinier, 485. — Note sur un point de la — et de l'anatomie de l'artère tibiale antérieure, Rieffel 385.
Litten, v. Pseudo-insuffisance.
Loi sur la pharmacie, 778.
Loi. Le projet de — sur l'exercice de la pharmacie, 30.
Luxation. Un cas de — complète du tendon du long péronier latéral, Hestrès, 109. — De l'os semi-lunaire, Albertin, 742.

M

Mairet, v. Chaleur, sérum.
Mal perforant buccal, Baudey, 627.— perforant buccal, Letulle (Soc. méd. des hôp.), 104.
Maladies. (Traitement des — de l'estomac, Doyen, anal., 756. — Thérapeutique des — vénériennes, Balzer, anal., 756.— Forme hystérique de la — de Raynaud, Lévi (Soc. de biologie), 646. — de Thomsen, Leroy de Méricourt (Acad. de méd.), 394.
Marcano, v. Staphylocoque.
Marette, v. Urines.
Marie, v. Purpura, morphinomanie.
Marey, v. Bicyclette.
Marinesco, v. Amyotrophie.
Martin, v. Acide phénique.
Massage. De certaines maisons de — à Londres, 286.
Marineseo, v. Kyste.
Massé, v. Quinine.
Mathieu, v. Bicarbonate.
Maurange, v. Spartéine.
Maurel, v. Cocaïne, inflammations, mort.
Mendel, v. Glossite.
Mensurateur-levier-préhenseur de Farabeuf, Pinard (Acad. de méd.), 635.
Mercier, v. Système nerveux.
Michel Maurice, v. Tuberculose.
Microbes. Envahissement de l'organisme par les —, Achard, Phulpin (Soc. de biologie), 659. — Action de quelques — sur la substance glycogène, Etienne (Soc. de biologie), 813. — Passage des — à travers la membrane des cysticerques, Frænkel (Soc. de biologie), 816 — Action des hautes pressions sur les — —, Roger (Acad. des sciences), 789
Migraine. Traitement de l'accès de la —, 106.
Modiano, v. Bicarbonate de soude.
Moiret, v. Sérum.
Moizard, v. Angine.
Mongoud, v. Surmenage.
Monod, v. Anévrysme.
Morphinomanie Etiologie de la —, Marie, 870.
Morau, v. Transmissibilité.
Morphinomanie. Curabilité de la —, Comby (Soc. méd. des hôp.), 625.
Mort. Cause de la — à la suite de brûlures de la peau, 851. Le mécanisme de la — par l'électricité, d'Arsonval (Soc. de biologie), 816. Contribution à l'étude du mécanisme de la — sous l'influence de la cocaïne, Maurel (Acad. de méd.), 671. — subite en vélocipède, Petit (Acad. de méd.), 321.
Mosny, v. Staphylocoque.
Moulinier, v. Ligature.
Mundé (Paul), v. Opération.
Muscles. Recherches sur l'excitabilité des — rigides et sur les causes de la disparition de la rigidité cadavérique, Tissot (Acad. des sciences), 126.
Myxœdème. Un nouveau cas de — guéri par l'alimentation thyroïdienne, Béclère (Soc. méd. des hôp.), 526.

N

Nageotte, v. Tabès.
Naphtol camphré dans la péritonite tuberculeuse, Rendu (Soc. méd. des hop.), 141.
Néoplasme. Traitement chirurgical des — de l'estomac, Tuffier (Acad. de méd.), 56.
Néphrolithotritie La — et néphrectomie dans les calculs ramifiés du rein, Duret (Acad. de méd.), 467.
Netter, v. Erysipèle, kyste.
Neurasthénie. Sur la —, Borel, anal., 347.
Névralgie. Traitement médical de la — du trijumeau, 299.
Névrite périphérique et gangrène, Panas (Acad. de méd.), 57. — du plexus cardiaque et angine de poitrine, Lancereaux (Acad. de méd.), 78.
Neurotomie. De la — dans les gangrènes douloureuses, Verneuil (Acad. de méd.), 20.

Nicaise, v. Chirurgie.
Nimier, v. Ophtalmologie

O

Obstétrique. Précis d' —, Ribermont-Dessaignes et Lepage, anal., 11.
Obstruction intestinale sans vomissements fécaloïdes, Lemonnié (Soc. méd. des hôp.), 657.
Œil. Affections septiques de l' —, 618.
Opération. Note sur l' — d'Alexander, Mundé, 280. — césarienne multiple, Guéniot (Acad. de méd.), 20.
Ophtalmologie. Traité élémentaire d' —, Nimier, Despagnet, anal., 625, 878.
Oreillons. Les localisations des — sur l'appareil sexuel, 505.
Ostéomyélite. Un cas d' — aiguë du sternum, Gaudier, 520.
Ovarite double douloureuse avec métrite du col, R. Sorel, 414.

P

Panas, v. Névrite.
Pancréas. Structure du —, Laguesse (Soc. de biologie), 658.
Paralysies hystériques, Lépine, 210.
Patente. Histoire de la — d'un docteur étranger qui ne s'occupe que de consultation et de massage, 430.
Pathologie exotique. 454.
Pelade. Traitement de la —, 647.
Pemphigus. Pemphigus vrai de Besnier, Du Castel, 198. — et pemphigoïdes; Du Castel, 137, 145.
Périer, v. Langue.
Péristaltisme. Du — stomacal chez l'homme, Hanot (Soc. méd. des hôp.), 561.
Pérityphlite. Sur la — (Soc. méd. des hôp.), 763. Le traitement de la —, 739.
Peste. Sur la — de Hong-Kong, Duclaux, 212.
Petit, v. Mort, vélocipède.
Phagédénisme Le — scrofuleux, Fournier, 157, 170. Diagnostic du — syphilitique et du — scrofuleux, Fournier, 229, 241, 253.
Phosphates. Les — urinaires dans la malaria, 563.
Phtisie. Etudes cliniques sur la nutrition dans la — pulmonaire chronique, par M. Robin, 345.
Phulpin, v. Microbes.
Pillet, v. Anatomie, fibromyomes.
Pilliet, v. Lésions.
Pinard, v. Mensurateur.
Pytyriasis rubra pilaire, Hallopeau (Soc. de dermatol.) 128.
Plaies du crâne par balles de revolver, Schwartz (Acad. de méd.), 78.
Pneumonie. Les nouveaux traitements de la —, 858. — Sur la —, Williams, 293. — infantile et méthode de Braud, Chambard-Hénon, 522. — Les traitements actuels de la —, 783.
Poisons urinaires, Roger (Soc. de biol.) 70.
Polypes muqueux des fosses nasales, Gouguenheim, 493.
Potain, v. Douleur, tænias.
Présentations et rapports (Acad. de méd.) 634.
Prix de l'année 1894, services : des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance, de la vaccine, 827. — proposés pour l'année 1897 (Acad. de méd.), 866. — de l'année 1894 (Acad. des sciences), 864. — proposés pour l'année 1896, 840. — proposés pour l'année 1895, 839. — de l'année 1894 (Acad. de méd.), 813.
Protection. La — de l'enfance dans le département de la Seine en 1892, Blache, 306, 322, 333,
Prurigo simplex aigu de Vidal, Hallopeau (Soc. de dermatol.), 127.
Pseudarthroses. Guérison des — des os longs par un nouveau procédé, Delorme (Acad. de méd.), 252.
Pseudo-insuffisance. De la — aortique, Litten, 328.
Pseudo-tuberculose aspergilaire, Gaucher et Emile Sergent (Soc. méd. des hôp.), 46.
Purpura. Le — rhumathoïde, Marie, 870.
Pulvérisateurs. Dilution des solutions employées dans les —, 800.
Pyélo-néphrite. Traitement médical de la —, Faucher, 587.

Q

Quinine. La — dans l'influenza, Marré (Acad. de méd.), 577.
Rauzier, v. Système.
Regaud, v. Hémorrhagie.
Regnault, v. Fractures.
Renaud, v. Absorption.
Rendu, v. Naphtol.

R

Résection du cœcum, 849. — à froid de l'appendice vermiculaire dans les appendicites chroniques à rechutes (Acad. de méd.), 672.
Respiration. Influence de la — sur la circulation, Wertheimer (Soc. de biol.), 816.
Rétrécissement idiopathique de l'œsophage. 377. — Traitement des — de l'intestin, 41. — De la rétention aiguë d'urine dans les — de l'urètre, Bazy, 313.
Rhinoplastie sur support métallique, Chauvel (Acad. de méd.), 115.
Rhumatisme. Le traitement du — articulaire aigu simple, 168.
Ribemont-Dessaignes, v. Obstétrique.
Riche, v. Intoxication.

Richelot, v. Hydrothérapie, hystérectomie.
Rieffel, v. Ligature.
Robin, v. Bicyclette, phtisie.
Rochard (*Jules*), v. Hygiène.
Roger, v. Erysipèle, poisons, microbes.
Rougeole. La contagion de la —, 579. — Traitement de la —, 442.
Rutidium. L'iodure de —, Vogt, 17.

S

Sabouraud, v. Trichophyties.
Samsom, v. Grippe, troubles.
Sarischeff, v. Ankylose.
Schwartz, v. Plaies.
Sclérose. De l'origine infectieuse de la — (Soc. méd. des hôp.), 876.
Séance annelle. Académie de médecine, 809.
Secret. A propos du — professionnel, 214.
Sée (*Germain*), v. Ferratine.
Sergent (*Emile*), v. Pseudo-tuberculose.
Sérothérapie de la diphtérie (Soc. méd. des hôp.), 836.— La — de la diphtérie, 823.
Sérum du sang. La toxicité du —, Mairet et Bosc (Soc. de biologie), 201.—Toxicité du — de l'homme sain, Mairet et Bosc (Soc. de biologie), 9. Recherches sur les causes de la toxicité du —, Mairet et Bosc (Acad. des sciences), 178.
Sérumthérapie. Rapport sur la — dans la diphtérie, Straus (Acad. de méd.), 586.
Siredey. v. Erythèmes.
Société de chirurgie, 28, 66, 91, 121, 477, 541, 585, 603, 642, 716, 752, 787, 819, 861.
Son. Le — de percussion du thorax, Castex (Soc. de biologie), 817.
Sorel (*R*), v. Ovarite.
Sougues, v. Kyste.
Sparteine et chloroformisation, Langlois et Maurange (Soc. de biologie), 118.
Stage. Le — dans les hôpitaux de Paris, 697.
Staphylocoque. De l'action de la toxine du — pyrogène sur le lapin et des infections secondaires qu'elle détermine, Mosny, Marcano (Acad. des sciences), 776.
Straus, v. Bacille, diphtérie, sérumthérapie.
Streptocoque de la bouche normale et pathologique, Widal et Besançon (Soc. méd. des hôp.), 143.
Substances toxiques dans l'estomac, Cassaët et Benech (Soc. de biologie), 201.
Suc. La toxicité du — gastrique, Cassaët et Féré (Soc. de biologie). 70.
Sugs, v. Cerveau.
Suppurations. Recherches bactériologiques sur les — de l'oreille post-scarlatineuses, 851.
Surmenage. Le — hépatique, Cassaërt, Mongour (Soc. de biologie), 815.
Surmont, v. Exercice.
Surpeuplement. Le — des habitations à Paris, Bertillon (Acad. de méd.), 576.
Sycosis Traitement du — des narines, Courtade, 17.
Symphiséotomie. Les dangers de la —, 75.
Syphilome ano-rectal. Un cas de —, Verneuil (Acad. de méd.), 773.
Syphilis et paralysie générale, Fournier (Acad. de méd.), 612.
Syphilitique. Une femme —, Jullien (Soc. de dermatologie), 728.
Système nerveux (Chir. opératoire du —), Chipault, 878.
Système nerveux. Les coupes du — central, Mercier, anal., 708. — Traité pratique des maladies du —, Grasset et Rauzier, anal., 370.

T

Tabès. Lésion primitive du —, Nageotte (Soc. de biologie), 719.
Tænias. Les —, Potain, 349, 277.
Tænia. Traitement du —, 871,
Tarnier, v. Asepsie.
Testut, v. Urètre.
Tétanos. Sur le —, Le Roy des Barres (Acad. de méd.), 226.
Thibierge, v. Ecthyma.
Thyroïdisme. Le — dans ses rapports avec la maladie de Basedow et avec l'hystérie (Soc. méd. des hôp.), 526.
Tissot, v. Muscles.
Toxines microbiennes. Les —, 25.
Thouvenaint, v. Chloralose.
Transmissibilité. Recherches expérimentales sur la — de certains néoplasmes, Moreau, 453.
Trékiolli, v. Fièvre.
Trichophyties humaines. Les —, Sabouraud, anal., 708,
Trional. Action hypnotique du —, 800.
Troubles cardiaques consécutifs à la grippe, Sansom, 330.
Tsar. A propos de la maladie du —, Zakharine, 729.
Tube. Chirurgie du — digestif, 691.
Tuberculose. De la — pulmonaire des vieillards, M. Michel, 497. Quelques travaux récents sur la —, 712 — rénale, Jaccoud, 663. Quelques travaux récents sur la —, 639. Traitement des — chirurgicales par l'eau bouillante, Bauby, 600. De la — pulmonaire des vieillards, M. Michel, 508.
Tuffier, v. Néoplasmes.
Tumeurs. Les — bénignes et malignes des paupières, Valude, 457. Sur la présence et le mode de répartition du glycogène dans les —, Verneuil (Acad. des sciences), 706.
Typhique. Diététique du —, Le Gendre, 747.
Typhus. L'épidémie de —, Combemale, 293.

U

Ulcère. Traitement de l' — de l'estomac, 755. Traitement opératoire de l' — per-

forant de l'estomac, 378. Le traitement des —, 352.
Union médicale en 1895, 845, 857, 869.
Urètre. Topographie de l' — fixé (Acad. des sciences), 124.
Urèthres. Reflux du contenu vésical dans les —, Guyon et Courtade (Soc. de biologie), 71.
Urine. De la rétention aiguë d' — dans les rétrécissements de l'urètre, Bazy, 313. Action de l' — et de la bile sur la thermogenèse, d'Arsonval (Soc. de biologie), 10 Variations physiologiques de la toxicité des —. Lapicque et Ch. Marette, (Soc. de biologie), 197.

V

Vaccine. Rapport sur la —, Hervieux (Acad. de méd.), 152. — et variole, 217, 289.
Valude, v Tumeurs.
Vapeur. Sur l'action hémostatique et antiseptique de la — d'eau chaude, 849.
Variole. La — à Paris, Hervieux (Acad. de méd.), 577.
Végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal, Lermoyez (Soc. méd. des hôp.), 104.
Veine porte. A propos de la blessure de la —, 15.
Vélocipède. Mort subite en —, Petit (Acad. de méd.), 321.
Verneuil, v. Glycogène, névrotomie, syphilome, tumeurs.
Verrues. Traitement des —, 394.
Vessie. Du pouvoir absorbant de la —, Bazy, 273.
Viallet, v. Hémianopsie.
Viard, v. Anévrysme.
Vincent, v. Désinfection.
Vœu académique, 117.
Vogt, v. Iodure, rutidium.
Voies. La chirurgie des — biliaires, 221.
Voisin, v. Goitre.
Voix, le chant et la parole, Browne et Behneke, anal., 744.
Voûte palatine, Baudey, 627.

W

Wertheimer, v. Respiration.
Widal, v. Streptocoque.
Williams, v. Pneumonie.

Y

Yvon, v. Electrolyse.
Zakharine, v. Tsar.

Z

Zona. Un cas de —, Hallopeau, Jeanselme Soc. de dermatologie, 728.

Le Gérant L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.